

ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ
ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ: ΕΙΡΗΝΗ ΠΑΥΛΑΚΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- Εισαγωγή

Περιεχόμενο πτυχιακής εργασίας.....	1
Περίληψη στα ελληνικά.....	3
Περίληψη στα αγγλικά.....	5
Σκοπός	6
Εισαγωγή.....	7
1.1.α.Επιδημία του Δυτικού κόσμου	10
1.1.β.Η.Π.Α και Καναδάς..	10
1.1.γ.Ευρωπαϊκές χώρες.....	10
1.2.Ελλάδα – Κύπρος.....	11
1.3.Ορισμός των όρων που χρησιμοποιούνται στην εργασία.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1.Παράγοντες που οδηγούν στην παιδική παχυσαρκία.....	13
2.1.α.Γενετικοί παράγοντες	13
2.1.β.Περιβαλλοντολογικοί.....	14
2.1.γ.Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.....	17
2.2.Ιατρικές συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας.....	19
2.2.α.Καρδιαγγειακές νόσοι.....	19
2.2.β.Υπερλιπιδαιμία	19
2.2.γ.Υπέρταση.....	19
2.2.δ.Σύνδρομο Χ.....	20
2.2.ε.Διαβήτης.....	20
2.2.στ.Ορθοπαιδικά νοσήματα.....	21
2.2.ζ.Αναπτυξιακές διαταραχές.....	21
2.2.η.Αναπνευστικά νοσήματα.....	22

2.3.Ψυχολογικές συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας.....	23
2.3.α.Ποιότητα ζωής	23
2.3.β.Εικόνα σώματος και αυτοεκτίμηση.....	26
2.3.γ.Κατάθλιψη και άλλες ψυχολογικές διαταραχές στην παιδική ηλικία σε σχέση με την παιδική παχυσαρκία.....	27
2.4.Ψυχολογικές θεραπείες.....	30
2.4.α.Ψυχαναλυτική θεραπεία.....	30
2.4.β.Θεραπεία τροποποίησης συμπεριφοράς.....	38
2.4.γ.Γνωσιακή θεραπεία.....	43
2.4.δ.Οικογενειακή – Συστημική θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας	55
2.5.Ο ρόλος του διαιτολόγου στην παιδική παχυσαρκία.....	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αφιερώσεις.....	61
Ευχαριστίες.....	62
Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	63
Βιβλιογραφία στα Ελληνικά.....	64
Βιβλιογραφία στα Αγγλικά.....	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί ένα διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα του Δυτικού κόσμου. Οι παράγοντες που οδηγούν στην παιδική παχυσαρκία ποικίλουν και οφείλονται σε πολλαπλές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα γονίδια και το περιβάλλον. Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για την παιδική παχυσαρκία. Ο ρόλος της γενετικής σαν αιτιολογικός παράγοντας της παχυσαρκίας παραμένει πολύπλοκος και δεν έχει ξεκαθαριστεί ακόμα, αν κάποιο ή περισσότερα γονίδια ευθύνονται αποκλειστικά για την παχυσαρκία. Αρκετοί είναι επίσης οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στο φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας, οι οποίοι διαφέρουν από χώρα σε χώρα και μπορεί να επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από μεταβλητές, όπως πολιτιστικές συνήθειες και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Σύμφωνα με πολλές έρευνες το κοινωνικοοικονομικό status είναι ακόμα ένας παράγοντας που συνδέεται αντίστροφα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) στους ενήλικες, το οποίο φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στα παιδιά. Εξαιτίας των προαναφερθέντων παραγόντων παρατηρούνται οι παρακάτω συνέπειες οι οποίες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Οι ιατρικές συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας, τις οποίες αποτελούν, οι καρδιαγγειακές νόσοι, η υπερλιπιδαιμία, η υπέρταση, το σύνδρομο X, ο διαβήτης, οι ορθοπεδικές νόσοι, οι αναπτυξιακές διαταραχές και οι αναπνευστικές νόσοι και οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες, οι οποίες είναι οι πιο συνήθεις και διαδεδομένες συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής του παιδιού και της οικογένειάς του. Η εικόνα του σώματος παίζει σημαντικό ρόλο στην παιδική παχυσαρκία και καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την προτίμηση τύπου σώματος, δηλαδή το ιδεώδες με βάση το οποίο κάποιος μετράει ή συγκρίνει το μέγεθος και το σχήμα του σώματος του. Η κατάθλιψη είναι μία σημαντική ψυχοκοινωνική συνέπεια της παιδικής παχυσαρκίας και όταν συνυπάρχει με χαμηλή αυτοεκτίμηση, αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση διαταραχών διατροφής (βουλιμία, βουλιμαρέξια, ανορεξία) περισσότερο στα κορίτσια. Συνεπώς έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες θεραπείες για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Από αυτές με σειρά χρονολογικής εμφάνισης και διάθεσης αναφέρονται, η ψυχαναλυτική, η συμπεριφοριστική, η γνωσιακή συμπεριφοριστική και η συστημική – οικογενειακή. Τελειώνοντας ο διαιτολόγος σε συνεργασία με τον παιδίατρο, τον ψυχολόγο, τον

εκπαιδευτικό και τον γυμναστή αποτελούν μία σημαντική ομάδα καλύπτοντας το φάσμα όλων των παραγόντων που οδηγούν στην παιδική παχυσαρκία, με αποτέλεσμα την δυνατή εξάλειψη επανεμφάνισης της παχυσαρκίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

Childhood obesity is a growing problem in the Western world. The factors leading to childhood obesity and vary due to multiple interactions between genes and environment. There is ample evidence that genetic factors are responsible for childhood obesity. The role of genetics as a causative factor in obesity is complex and has not been clarified yet, whether any or more genes responsible for obesity. Several are also environmental factors play an important role in the phenomenon of child obesity, which differ from country to country and may be heavily influenced by variables such as cultural habits and recreational activities. According to many surveys the socio-economic status is still a factor associated with vice versa Body Mass Index (BMI) in adults, which appears to be confirmed in children. Because of the aforementioned factors are the following consequences which are divided into two categories. The medical consequences of childhood obesity, which are cardiovascular diseases, hyperlipidaemia, hypertension, syndrome X, diabetes, the orthopedic diseases, developmental disorders and respiratory diseases and psychosocial consequences, which are the most common and widespread consequences of childhood obesity, which adversely affects the quality of life of the child and family. The image of the body plays an important role in childhood obesity and is largely determined by body type preference, that is ideal under which someone counts or compare the size and shape of the body. Depression is a significant psychosocial consequence of childhood obesity when coexist with low self-esteem, is a predisposition factor in the emergence of nutritional disorders (bulimia, voulimarexia, anorexia) more girls. So different treatments have been used to tackle child obesity. Them by chronological order of appearance and disposal mentioned, the psychological, the behavioral, the cognitive and behavioral systems - family. Finally the dietician in cooperation with the pediatrician, a psychologist, educational and gymnasti constitute an important group covering the range of all factors leading to child obesity, thus eliminating possible resurgence of obesity

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση και η ανασκόπηση της Ελληνικής και Αγγλόφωνης Βιβλιογραφίας, που αφορά της ψυχολογικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται στην πρόληψη και στην αποκατάσταση της παιδικής παχυσαρκίας. Η τελευταία δεκαετία δυστυχώς υπήρξε αυτόπτης μάρτυρας μιας ειρηνιστικής αύξησης της παιδικής παχυσαρκίας. Αυτή η αναθεώρηση της πιο πρόσφατης βιβλιογραφίας φιλοδοξεί να προσεγγίσει το θέμα, πολυδιάστατα, εξετάζοντας διάφορες παραμέτρους όπως εκπαίδευση στις διατροφικές συνήθειες και στη ποσότητα προσλαμβανόμενης τροφής. Αυτή η σε βάθος διερεύνηση της παγκόσμιας βιβλιογραφίας κατά προτίμηση των δεκαπέντε τελευταίων χρόνων φιλοδοξεί επίσης να διερευνήσει τα κυριότερα ψυχολογικά προγράμματα και μεθόδους σε σχέση με την παιδική παχυσαρκία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική παχυσαρκία έχει πλέον χαρακτηριστεί σε παγκόσμιο επίπεδο επιδημία. Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί σχετικά με την δημιουργία και εξέλιξη της όπως, γενετικοί, περιβαλλοντολογικοί και κοινωνικοοικονομικοί.

Σύμφωνα με τον (Maffeis, 1994), «Τα παιδιά παχύσαρκων γονέων έχουν αυξημένες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα από ότι παιδιά μη παχύσαρκων γονέων». Η γενετική έρευνα για την παχυσαρκία καθώς και οι διάφορες μελέτες με δίδυμα, οικογένειες, υιοθετημένα παιδιά και διάφοροι πληθυσμοί εξετάστηκαν σε βάθος από τον Bouchard, (1994). Από αυτή την ενδελεχή εξέταση φαίνεται ότι οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για το 25% - 40% του παχύσαρκου πληθυσμού.

Όπως αναφέρει ο Wabitch, 2000, «οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την παιδική παχυσαρκία, διαφέρουν από χώρα σε χώρα και μπορεί να επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από μεταβλητές όπως πολιτιστικές συνήθειες και ψυχαγωγικές δραστηριότητες». Η διατροφή του βρέφους και μετέπειτα παιδιού, αν βασίζεται σε τροφές οι οποίες έχουν κενές θερμίδες, χωρίς θρεπτικά συστατικά που συντελούν στην ανάπτυξη του, καταναλώνει μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού από αυτές που χρειάζεται για να μεγαλώσει και τρώει ακατάστατες ώρες, τότε έχει αυξημένες πιθανότητες να οδηγηθεί στην παιδική παχυσαρκία. Μεγαλώνοντας, το παιδί μιμείται τις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας του. Επομένως οι λανθασμένες προτιμήσεις των γονέων, των αδελφών και όσων μένουν μαζί τους αποτελούν την υιοθέτηση κακών διατροφικών συνηθειών οι οποίες προβαίνουν στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας. Η τηλεόραση επίσης είναι ένας σημαντικός περιβαλλοντολογικός παράγοντας που ενισχύει την ανάπτυξη της παιδικής παχυσαρκίας, από τη μία προβάλλοντας διαφημίσεις γεμάτο λιχουδιές και έτοιμα φαγητά κι από την άλλη καθλώνει το παιδί στο καναπέ χωρίς να κάνει καμία δραστηριότητα. Συνεπώς η καθιστική ζωή σε συνδυασμό με την κατανάλωση ακατάλληλων τροφίμων οδηγεί το παιδί στην παχυσαρκία.

Το κοινωνικοοικονομικό status (οικογενειακό εισόδημα, επάγγελμα γονέων, μορφωτικό επίπεδο γονέων) συνδέεται αντίστροφα με την εμφάνιση και διατήρηση της παχυσαρκίας. Αυτό συμβαίνει διότι, αν το οικογενειακό εισόδημα είναι χαμηλό, τότε η οικογένεια δεν έχει την οικονομική άνεση να καταναλώνει ποικιλία τροφίμων

με αποτέλεσμα να καταφεύγει στα οικονομικά και πολλές φορές παχυντικά τρόφιμα. Το επάγγελμα των γονέων έχει άμεση σχέση και με το μορφωτικό επίπεδο τους, παραδείγματος χάριν, στην περίπτωση που ο γονέας είναι ιατρός υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να χειριστεί τη διατροφή του παιδιού του σωστά. Έχοντας υπόψη πόσο καταστροφικό είναι το πάχος για την υγεία και μάλιστα στην παιδική ηλικία γνωρίζοντας ποιες είναι οι επιπτώσεις. Εφόσον βρίσκεται στο χώρο της υγείας και έχει καλό μορφωτικό επίπεδο. Αντίθετα, στην περίπτωση ενός γονέα που έχει το μπακάλικό της γειτονιάς, διότι δεν έχει τις γνώσεις να κατανοήσει πόσο σοβαρές είναι οι συνέπειες της κακής διατροφής του παιδιού του, ώστε να μεριμνήσει για την πρόληψη της παχυσαρκίας του. Συνήθως στην δεύτερη περίπτωση ο γονέας κινητοποιείται όταν πλέον έχει χάσει τον έλεγχο σε σχέση με το παιδί του και το βάρος του.

Η παιδική παχυσαρκία ακολουθείται συνήθως από σοβαρές οργανικές και ψυχολογικές παθήσεις.

Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά αναπτύσσονται νωρίτερα σε σχέση με συνομήλικα τους φυσιολογικού βάρους. Τείνουν να είναι ψηλότερα, να ωριμάζουν γρηγορότερα, να έχουν μεγαλύτερη ανάπτυξη οστών για την ηλικία τους με πρόωμη εμφάνιση της περιόδου στα κορίτσια.

Άλλες πολύ σημαντικές ιατρικές συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας αποτελούν, τα καρδιαγγειακά προβλήματα, η υπερλιπιδαιμία, η υπέρταση, το σύνδρομο X, ο διαβήτης, τα ορθοπεδικά και τέλος τα αναπνευστικά προβλήματα. Οι οποίες θα αναλυθούν στην παρούσα εργασία.

Σύμφωνα με τους Schwimmer και τους συνεργάτες τους, 2003, «οι πιο συνήθεις και διαδεδομένες συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας είναι ψυχοκοινωνικές, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής του παιδιού και της οικογένειάς του». Όπως οι ίδιοι αναφέρουν «Η ποιότητα ζωή αποτελείται από τις σωματικές δραστηριότητες ενός ατόμου, την συναισθηματική του κατάσταση, τις κοινωνικές του δεξιότητες και τις σχέσεις του με τη σχολική του απόδοση». Επίσης σημαντικό είναι το γεγονός, ότι το παχύσαρκο παιδί σχηματίζει κακή εικόνα για το σώμα του, χάνοντας έτσι την αυτοεκτίμηση του. Στη συνέχεια περιγράφεται η αμφίδρομη σχέση που υπάρχει μεταξύ της παιδικής παχυσαρκίας και της κατάθλιψης.

Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι η παιδική παχυσαρκία προκαλεί κατάθλιψη στο παιδί, λόγω του ότι συμβάλει στην μείωση της αυτοεκτίμησης του με αποτέλεσμα η κατάθλιψη να προκαλέσει παιδική παχυσαρκία, χρησιμοποιώντας το παιδί διάφορες τεχνικές διατήρησης του βάρους του και οδηγώντας το σε διατροφικές διαταραχές όπως είναι η βουλιμία.

Οι Thompson και Smolak, 2001, γνωστοποιούν το γεγονός ότι έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες ψυχολογικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας τις οποίες αναφέρουν με σειρά χρονολογικής εμφάνισης και διάδοσης ως εξής: την ψυχαναλυτική, την συμπεριφοριστική, τη γνωσιακή – συμπεριφοριστική και τη συστημική – οικογενειακή. Οι ψυχολογικές αυτές θεραπείες θα αναλυθούν η κάθε μία ξεχωριστά, σχετικά με το χρόνο έναρξης τους, τους ιδρυτές τους, τον τρόπο εφαρμογής τους και το χρόνο διεξαγωγής τους, σύμφωνα με τον οποίο κρίνεται και η αποτελεσματικότητά τους. Η ανάλυση αυτή γίνεται με την βοήθεια πειραμάτων, τα οποία πραγματοποιήθηκαν από διάφορους ερευνητές για να τεκμηριώσουν τα συμπεράσματά τους. Η χρήση των πειραμάτων έχει επίσης βοηθητικό ρόλο, κάνοντας στον αναγνώστη την ανάλυση της κάθε θεραπείας πιο κατανοητή.

Εν κατακλείδι γίνεται αναφορά, στο ρόλο του διαιτολόγου στην παιδική παχυσαρκία, επισημαίνοντας την απαραίτητη συνεργασία του με παιδίατρο, γυμναστή και οπωσδήποτε ψυχολόγο, για την αξιολόγηση και θεραπεία της νόσου με αποτελεσματικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.α ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών η παιδική παχυσαρκία έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό σε παγκόσμιο επίπεδο (Ebbeling και οι συνεργάτες του, 2002). Μέχρι πρόσφατα η παιδική παχυσαρκία θεωρούνταν βασικά πρόβλημα του Δυτικού κόσμου όμως τελευταίες έρευνες δείχνουν ραγδαία αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας σε χώρες όπως η Αίγυπτος, το Μαρόκο, η Χιλή, η Γιάνα και η Κίνα, (Ebbeling και οι συνεργάτες του, 2002).

1.1.β ΗΠΑ ΚΑΙ ΚΑΝΑΔΑΣ

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το ποσοστό της παιδικής παχυσαρκίας τριπλασιάστηκε στην εικοσαετία μεταξύ 1980 και 2000 (Jelalian and Saelens 1999). Σε μία πρόσφατη ανακοίνωση των Departments of Health and Human Services(2004), οι συγγραφείς δηλώνουν ότι τα στοιχεία που υπάρχουν από την πιο πρόσφατη παναμερικανική έρευνα σχετικά με την υγεία και την διατροφή των Αμερικανών δείχνουν ότι 14% των παιδιών και 12% των Αμερικανών εφήβων είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα όπως καθορίζονται από το κριτήριο του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), μεγαλύτερο ή ίσο της 95^{ης} εκατοστιαίας θέσης. Έχοντας υπ' όψιν μας, ότι ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) δεν ξεπερνάει το 85% για τα υπέρβαρα παιδιά και εφήβους και το 95% για τα παχύσαρκα. Τα ποσοστά για ορισμένες εθνότητες είναι ακόμα μεγαλύτερα όπως για παράδειγμα το 17% των παιδιών Μεξικάνικης καταγωγής καθώς και το 16% των παιδιών Αφροαμερικάνικης καταγωγής είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Αντίστοιχα παρατηρείται μία παρόμοια τάση στον Καναδά όσον αφορά την παιδική παχυσαρκία .

Σύμφωνα με τον Tremblay και τους συνεργάτες του (2001) ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας 7 έως 13 ετών στον Καναδά αυξήθηκε από 15% το 1981 σε 35,4% το 1996. Επιπλέον το ποσοστό της παιδικής παχυσαρκίας (δείκτης μάζας σώματος μεγαλύτερος ή ίσος της 95^{ης} εκατοστιαίας θέσης)αυξήθηκε για τα αγόρια από 5% το 1981 σε 16,6%το 1996 και για τα κορίτσια από 4,9% το 1981 σε 14,6% το 1996.

1.1.γ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο για την παχυσαρκία που έλαβε χώρα στην Αθήνα από την 1 έως 4 Ιουνίου του 2005 ανακοινώθηκε ότι η παχυσαρκία είναι μια επιδημία που προσβάλλει

τα παιδιά και τους εφήβους της Ευρώπης. Στοιχεία που δόθηκαν στο συνέδριο από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δείχνουν ότι ένα στα πέντε παιδιά της Ευρώπης είναι υπέρβαρο.

Τα σημερινά παχύσαρκα παιδιά είναι οι αυριανοί παχύσαρκοι ενήλικες σχολίασε ο Dr Κακλαμόνος το 2004 αναφερόμενος σε μία Πανευρωπαϊκή Έρευνα που διεξήχθη σε παιδιά ηλικίας 7-13 ετών. Ο ίδιος έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι το 50%-60% των παιδιών που ήταν παχύσαρκα στην ηλικία των 7 ετών παρέμειναν παχύσαρκα μέχρι και την ηλικία των 13 ετών. Ο Livingstone (2000) παρατηρεί ότι υπάρχει σημαντική αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας σε χώρες του πρώην Ανατολικού Μπλοκ όπως η Ουγγαρία, η Τσεχία, η Βουλγαρία και χώρες της Νότιας Ευρώπης όπως η Ελλάδα, η Ιταλία και η Ισπανία.

Η Επιτροπή Υγείας του Αγγλικού κοινοβουλίου στις 27 Μαΐου 2004 εξέδωσε την ετήσια αναφορά της δηλώνοντας ότι η παχυσαρκία (ενηλίκων και παιδιών) θα γίνει σύντομα το πρώτο πρόβλημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο εκτοπίζοντας το τσιγάρο από την πρώτη θέση.

1.2 ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟΣ

Στο 14^ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο για την παχυσαρκία τον Ιούνιο του 2005 ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα μίας έρευνας που έγινε σε 2.514 Ελληνόπουλα με μέσο όρο ηλικίας τα 4 χρόνια, από επιστήμονες του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου των Αθηνών. Η έρευνα αυτή αξιολόγησε διάφορα χαρακτηριστικά αυτών των παιδιών όπως, ύψος, βάρος και Δείκτη Μάζας Σώματος.

Η εξέταση και επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας έδειξε ότι το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών αυξήθηκε με το πέρασμα του χρόνου τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια. Χαρακτηριστικά 11,6%-18,3% των αγοριών και 12,5%-17,8% των κοριτσιών βρέθηκαν να είναι παχύσαρκα. Οι ειδικοί συμπέραναν από αυτήν την έρευνα ότι τα ποσοστά της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα είναι αρκετά υψηλά ξεπερνώντας τα μέσα ποσοστά άλλων Ευρωπαϊκών χωρών.

Άλλη έρευνα που έγινε από την Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών σε 5.000 αγόρια και 5.000 κορίτσια παιδικής και εφηβικής ηλικίας έδειξε ότι οι γενιές της

τελευταίας εικοσαετίας έχουν ψηλώσει και παχύνει αργατά. Έτσι για παράδειγμα ενώ ο δείκτης μάζας σώματος στους Αμερικάνους νέους είναι $22\text{kg}/\text{m}^2$ και $21\text{kg}/\text{m}^2$ για τις Αμερικανίδες ο αντίστοιχος δείκτης μάζας σώματος είναι $24,3\text{kg}/\text{m}^2$ και $22\text{kg}/\text{m}^2$ για τα Ελληνόπουλα και τις Ελληνίδες αντίστοιχα. Σημειωτέον, ότι οι ΗΠΑ έχουν από τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας στον κόσμο οπότε μπορεί κάποιος να καταλάβει ότι η χώρα μας έχει ξεπεράσει τις ΗΠΑ στην παιδική παχυσαρκία και έρχεται αντιμέτωπη με την σοβαρότητα του προβλήματος για την χώρα μας (Χρούσος, 2003).

Στο 14^ο Ευρωπαϊκό συνέδριο για την παχυσαρκία (2004), ανακοινώθηκαν επίσης τα ακόλουθα : όσον αφορά τις ηλικίες των 7-11 υπέρβαρων ή παχύσαρκων παιδιών η Ελλάδα κατέχει την 11^η θέση, ανάμεσα σε 20 Ευρωπαϊκές χώρες. Περισσότερο από 20% από αυτά τα παιδιά ανήκουν σε αυτήν την ομάδα. Στις ηλικίες από 13-17 ετών η Ελλάδα κατέχει την δεύτερη υψηλότερη θέση με 23% για υπέρβαρους και παχύσαρκους έφηβους, μαζί με την Κύπρο και την Ιταλία ενώ η Αγγλία ήταν πρώτη με 25%.

Αντίστοιχα στην Κύπρο τα υπάρχοντα δεδομένα καταδεικνύουν αύξηση στα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά τα τελευταία χρόνια (Σάββας και Σάββα 2000). Συγκεκριμένα το 20,3% των αγοριών και 18,1% των κοριτσιών βρέθηκαν να είναι υπέρβαρα το 1998 με βάση την 85^η εκατοστιαία θέση για το Δείκτη Μάζας Σώματος .

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΟΡΩΝ

Ως παχυσαρκία ορίζεται η περίσσεια σωματικού λίπους και η διάγνωσή της πρέπει να βασίζεται στην απόδειξη της παρουσίας του λίπους αυτού. Αυτό προϋποθέτει την μέτρηση της σύστασης του σώματος και δεν είναι πρακτικό σε καθημερινή βάση. (Guillaume, 1999). Έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφοροι τρόποι μέτρησης του σωματικού λίπους και ακριβούς ορισμού της παχυσαρκίας. Από αυτούς ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή ΒΜΙ (body mass index), ισούται με το λόγο του βάρους προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (kg/m^2), έχει τη μεγαλύτερη αποδοχή και χρησιμοποιείται παγκοσμίως στη διάγνωση της παχυσαρκίας στους ενήλικες καθώς σχετίζεται καλύτερα με το σωματικό λίπος. Με αυτόν οι ενήλικες χαρακτηρίζονται ως κανονικοί (ΔΜΣ κάτω του 25), υπέρβαροι (ΔΜΣ μεταξύ 25 και 29,9) και παχύσαρκοι (ΔΜΣ άνω του 30), (Guillaume, 1999).

Για τον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό αντίστοιχα έχει προταθεί η 95^η εκατοστιαία θέση στις καμπύλες δείκτη μάζας σώματος ως το όριο πάνω από το οποίο ένα παιδί θεωρείται παχύσαρκο και η 85^η εκατοστιαία θέση για το υπέρβαρο (Guillaume, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παιδική παχυσαρκία είναι μια πολυπαραγοντική νόσος και η ανάπτυξη και εξέλιξή της οφείλεται σε πολλαπλές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα γονίδια και το περιβάλλον. Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί σχετικά με την δημιουργία και εξέλιξη της, όπως κοινωνικοοικονομικό status, τρόπος διατροφής και σωματική δραστηριότητα.

2.1.α ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για την παιδική παχυσαρκία. Παιδιά παχύσαρκων γονέων έχουν αυξημένες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα από ότι παιδιά μη παχύσαρκων γονέων (Maffei, 1994). Ο Stunkard (1986) ανακάλυψε ότι υιοθετημένα παιδιά ως ενήλικες είχαν μεγαλύτερη ομοιότητα στο ΔΜΣ και σε άλλα χαρακτηριστικά με τους βιολογικούς γονείς τους παρά με τους γονείς από τους οποίους υιοθετήθηκαν. Η γενετική έρευνα για την παχυσαρκία καθώς και οι διάφορες μελέτες με δίδυμα, οικογένειες, υιοθετημένα παιδιά και διάφοροι πληθυσμοί με παχυσαρκία εξετάστηκαν σε βάθος από τον Bouchard (1994). Από αυτήν την ενδελεχή εξέταση φαίνεται ότι οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για το 25%-40% του παχύσαρκου πληθυσμού.

Παρόλο που η συσχέτιση γενετικών παραγόντων και παιδικής παχυσαρκίας καθημερινά ενισχύεται με νέα ευρήματα, ο ρόλος της γενετικής σαν αιτιολογικός παράγοντας της παχυσαρκίας παραμένει πολύπλοκος και δεν έχει ξεκαθαριστεί ακόμη, αν κάποιο ή περισσότερα γονίδια ευθύνονται αποκλειστικά για την παχυσαρκία. Ενώ έχουν απομονωθεί πάνω από 250 γονίδια που σχετίζονται με την παχυσαρκία δεν έχει βρεθεί μέχρι τώρα κάποιο γονίδιο που να θεωρείται ότι προκαλεί την παχυσαρκία στον άνθρωπο πέρα από κάθε αμφισβήτηση (Commuzzie, 1998). Περιπτώσεις παχυσαρκίας που προκαλούνται από ένα και μόνο γονίδιο έχουν βρεθεί αλλά είναι εξαιρετικά σπάνιες και ευθύνονται για λιγότερο από 1% του συνολικού ποσοστού παιδικής παχυσαρκίας. Η ροπή προς την παχυσαρκία δεν εγγυάται ότι το συγκεκριμένο άτομο θα την αναπτύξει υποχρεωτικά (Commuzzie, 1998).

Ένα από τα πιο συχνά συναντώμενα σύνδρομα που οφείλονται σε γενετική βλάβη είναι το σύνδρομο Down (μία στις οχτακόσιες γεννήσεις). Η συχνότητα του συνδρόμου ανεβαίνει κατακόρυφα με την άνοδο του ορίου ηλικίας της μητέρας. Έτσι οι μητέρες ηλικίας 48 ετών και πάνω έχουν μία στις δέκα πιθανότητες να γεννήσουν παιδί με σύνδρομο Down. Το σύνδρομο αυτό προκαλείται από μία βλάβη στο χρωμόσωμα 21 (τρισωμία 21). Το σύνδρομο αυτό είναι εκείνο που προκαλεί ήπια έως μέτρια νοητική υστέρηση συχνότερα στον κόσμο (Roizen, 2003).

Επίσης συνοδεύεται από καρδιαγγειακά προβλήματα, παχυσαρκία, διαβήτη, προβλήματα ακοής και όρασης, σπασμούς καθώς και προβλήματα οστών και αρθρώσεων. Ένα άλλο χαρακτηριστικό των παιδιών είναι ότι προσβάλλονται συχνότερα από λευχαιμία αλλά σχεδόν ποτέ από καρκίνο των πνευμόνων ως ενήλικες (Roizen, 2003).

Μετά το σύνδρομο Down, το σύνδρομο το οποίο εμφανίζεται συχνότερα (μία στις δέκα χιλιάδες γεννήσεις) και προκαλεί νοητική υστέρηση είναι το σύνδρομο Prader – Labhardt – Willy ή σύνδρομο καρδιαναπνευστικής παχυσαρκίας του παιδιού όπως λέγεται. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από μεγάλη καθυστέρηση στην σωματική και πνευματική ανάπτυξη, καρδιαγγειακά προβλήματα, διαβήτη αλλά κυρίως από μια ακατάσχετη πείνα η οποία δεν μπορεί να κορεσθεί με τίποτα, γι'αυτό το λόγο τα παιδιά αυτά όταν οι γονείς τους προσπαθούν να περιορίσουν την λήψη τροφής την κλέβουν. Το σύνδρομο αυτό οφείλεται σε γενετική βλάβη στο χρωμόσωμα 15 αλλά υπάρχουν και αρκετά παιδιά με το σύνδρομο, με κανονικό καρυότυπο (Cassidy, 1992).

2.1.β ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο γενετικοί παράγοντες εξηγούν εν μέρει την ανάπτυξη της παιδικής παχυσαρκίας, όμως αρκετοί περιβαλλοντολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στο φαινόμενο αυτό. Οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την παιδική παχυσαρκία διαφέρουν από χώρα σε χώρα και μπορεί να επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από μεταβλητές όπως πολιτιστικές συνήθειες και ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Wabitch, 2000).

Η πρώτη σωματική επαφή του παιδιού με το περιβάλλον γίνεται στην μήτρα της μητέρας του. Ο μεταβολισμός της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλληλεπιδρά με το έμβρυο όσον αφορά την ανάπτυξη μεταβολικών ρυθμιστικών μηχανισμών (Barker, 1998). Μετά την γέννηση του μωρού, η ακολουθούμενη διατροφή του βρέφους και παιδιού

μετέπειτα, μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Έχει αναφερθεί ότι οι διάφορες διατροφικές πρακτικές επηρεάζουν τις μελλοντικές επιλογές των παιδιών που αφορούν το φαγητό τους (Maffieis, 2000). Όσον αφορά τις διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών έχει βρεθεί ότι η οικογενειακή στάση ζωής καθώς και οι διατροφικές συνήθειες της οικογένειας παίζουν σημαντικό ρόλο στην δημιουργία τους. Η στάση και η συμπεριφορά, γονέων, αδελφών, συγγενών και συνομηλίκων που ζουν με τα παιδιά ή κοντά σε αυτά, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις διατροφικές τους συνήθειες. Επιπλέον, η ενθάρρυνση των γονέων να τρώνε, ενισχύει την αύξηση του βάρους καθώς και την πρόσληψη του λίπους στα παιδιά (Maffieis, 2000).

Η αύξηση του βάρους είναι αποτέλεσμα της ανισορροπίας ανάμεσα στην προσλαμβανόμενη ενέργεια μέσω της τροφής και στην ενέργεια που καταναλώνει ο άνθρωπος με τον μεταβολισμό και την σωματική δραστηριότητα. Όμως ο μηχανισμός αυτής της ανισορροπίας παραμένει ασαφής και διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Η παχυσαρκία προκύπτει όταν υπάρχει πλεόνασμα ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με την ενεργειακή κατανάλωση, όταν επίσης υπάρχει ελαττωμένη κατανάλωση ενέργειας σε σχέση με την προσλαμβανόμενη ενέργεια ή μπορεί να υπάρξει συνδυασμός και των δύο αυτών αιτιών (Livingston, 2000).

Η παχυσαρκία θεωρείται επίσης ότι προκαλείται από λαιμαργία ή αδηφαγία. Είναι δύσκολο να γνωρίζει κανείς τι είναι αυτό που ωθεί τον κάθε άνθρωπο να καταναλώνει κάποιες συγκεκριμένες τροφές και σε τι ποσότητες καθώς ενέχονται για αυτά πολλοί ατομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Οι υπάρχουσες μέθοδοι έρευνας δείχνουν ότι υπάρχει κάποια σχέση της παχυσαρκίας με την ποσότητα προσλαμβανόμενης τροφής, αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι καταληκτικά (Livingston, 2000).

Ένας άλλος σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας που σχετίζεται με την παχυσαρκία είναι τα τρόφιμα στα οποία βασίζεται η διατροφή του παιδιού ή του εφήβου. Η ανασιόπηση, της μέχρι τώρα έρευνας από τον Livingston (2000), έδειξαν ότι η παχυσαρκία είναι πιθανώς αποτέλεσμα της αυξημένης διατροφής των ανθρώπων με τροφές πλούσιες σε λίπη. Επίσης έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από τον Blandell και τους συνεργάτες του (1993), βρήκαν ότι διατροφή υψηλή σε λιπαρά και χαμηλή σε υδατάνθρακες μπορεί να προκαλέσει παχυσαρκία. Επιδημιολογικές μελέτες σε παχύσαρκα παιδιά, εφήβους και ενήλικες συνηγορούν υπέρ αυτής της άποψης (Lissner and Heitmann, 1995).

Ένας άλλος περιβαλλοντολογικός παράγοντας που ενέχεται σημαντικά στην δημιουργία της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας είναι οι διαφημίσεις που έχουν στόχο αυτούς τους πληθυσμούς. Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις και ευρήματα την τελευταία τριανταπενταετία ότι η διαφήμιση τροφίμων σχετίζεται στενά με την αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας. Σύγχρονες έρευνες από το ίδρυμα Kaiser (2003) στις Η.Π.Α αποκάλυψαν ότι οι παιδικές διαφημίσεις επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την επιλογή τροφών των παιδιών και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ενεργειακή ανισορροπία και σημαντική αύξηση του βάρους.

Το 2001 ο Hastings από το Πανεπιστήμιο του Strathclyde στο Η.Β. διερεύνησε την μέχρι τότε υπάρχουσα έρευνα για την διαφήμιση και την παχυσαρκία με σκοπό να διερευνήσει την σχέση ανάμεσα στην παιδική διαφήμιση και την παχυσαρκία. Αφού εξέτασε περισσότερα από 30.000 άρθρα κατέληξε σε 120 άρθρα τα οποία θεωρούσε ότι ήταν τα πιο αντιπροσωπευτικά του θέματος. Βασιζόμενος σε αυτά τα 120 άρθρα ο Hastings κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η παιδική διαφήμιση έχει ένα ιδιαίτερα αρνητικό αποτέλεσμα στην επιλογή τροφής, την αγορά τροφής καθώς και στην κατανάλωσή της. Μετά την ανασκόπηση του Hastings διεξήχθησαν και άλλες έρευνες που επιβεβαίωσαν τα ευρήματά του.

Ο Halford, και οι συνεργάτες του (2004), στο Η.Β. μελέτησαν, 42 παιδιά ηλικίας 6-12 ετών και βρήκαν ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά που παρακολουθούσαν τηλεοπτικά προγράμματα που συνοδεύοντουσαν από διαφημίσεις για παιδικές τροφές, επέλεξαν πολύ πιο εύκολα και συχνά τροφές πλούσιες σε λιπαρά, απ' ότι η αντίστοιχη ομάδα ελέγχου που δεν παρακολουθούσε διαφημίσεις εκείνο το διάστημα. Επίσης ανακάλυψαν ότι αυτά τα παιδιά έτρωγαν μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού απ' ότι η ομάδα ελέγχου. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι η διαφήμιση παιδικών τροφών στην τηλεόραση επηρεάζει σαφώς την ποσότητα και την ποιότητα των τροφών που τα παιδιά επιλέγουν.

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να έχει στενή σχέση με την παιδική παχυσαρκία, είναι η καθιστική ζωή και η συμπεριφορά στην παιδική ηλικία (Livingston, 2000). Μία έρευνα δεκατεσσάρων χρόνων που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία φανέρωσε ότι η σωματική δραστηριότητα μειώθηκε κατακόρυφα σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 13-16 ετών με παράλληλη αύξηση του βάρους και της παχυσαρκίας (Van Mechelen, 1995). Οι περισσότερες έρευνες που αφορούν την σωματική δραστηριότητα και μη, των παιδιών έχουν εστιάσει κυρίως στην τηλεόραση. Έρευνες από τις Η.Π.Α και τον Καναδά, έδειξαν ότι ο μέσος έφηβος παρακολουθεί 20 ώρες τηλεόραση την εβδομάδα και στα μικρά παιδιά ο

αριθμός αυτός αυξάνει ακόμα περισσότερο (Kobinson, και οι συνεργάτες του, 1993). Υπάρχουν δύο πολύ σημαντικά θέματα που εγείρονται με την παρακολούθηση της τηλεόρασης από παιδιά και εφήβους. Το ένα είναι ότι κατά την διάρκεια που τα παιδιά παραμένουν αδρανή βλέποντας τηλεόραση καταναλώνουν πολλές τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά και σάκχαρα, καταστάσεις που οδηγούν στην παχυσαρκία. Το άλλο σοβαρό θέμα που εγείρεται είναι το γεγονός ότι όταν ένα παιδί παρακολουθεί τηλεόραση για περισσότερες από 3 ώρες την ημέρα, έχει ελάχιστες ώρες την ημέρα στην διάθεσή του για σωματική δραστηριότητα (Robinson και οι συνεργάτες του, 1993). Ένας αριθμός από έρευνες έχουν δείξει ότι η μείωση της σωματικής δραστηριότητας συνδέεται με την αύξηση του λιπώδους ιστού και του σωματικού βάρους με το πέρασμα του χρόνου (Hill, 1999). Οι Berkley και οι συνεργάτες του (2000), εξέτασαν τον ρόλο της σωματικής δραστηριότητας, της απουσίας σωματικής δραστηριότητας καθώς και τον τρόπο διατροφής σε σχέση με την ετήσια αύξηση σωματικού βάρους σε παιδιά προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας και των δύο φύλων. Έτσι ανακάλυψαν ότι και στα δύο φύλλα η ετήσια αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος ήταν μεγαλύτερη σε εκείνα τα άτομα που περνούσαν περισσότερο χρόνο μπροστά στην τηλεόραση ή τα video games.

2.1.γ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχουν πολλές έρευνες που δείχνουν ότι το κοινωνικοοικονομικό status (οικογενειακό εισόδημα, επάγγελμα γονέων, μορφωτικό επίπεδο γονέων), συνδέεται αντίστροφα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος στους ενήλικες. Αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται και για τα παιδιά (Maffeis, 1994).

Οι De Spiegelaere και οι συνεργάτες του (1998), εξέτασαν την επίδραση του κοινωνικοοικονομικού status στην δημιουργία και διατήρηση της παχυσαρκίας σε παιδιά 12 ετών και εφήβους 15 ετών στο Βέλγιο. Αυτοί ανακάλυψαν ότι παιδιά με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση και διατήρηση της παχυσαρκίας, ενώ ταυτόχρονα η διατήρηση της παχυσαρκίας φαινόταν ότι παγιωνόταν και ενισχύονταν στους εφήβους των 15 ετών.

Διάφορες έρευνες φανερώνουν ότι οι διατροφικές επιλογές των γονέων επηρεάζουν άμεσα και καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό εκείνες των παιδιών τους. Σε μία έρευνα που έγινε από την Oliveria (1992) βρέθηκε ότι οι γονείς που ακολουθούσαν διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά είχαν παιδιά που ακολουθούσαν παρόμοια διατροφή. Θεωρείται πολύ πιθανό ότι

αυτό δεν οφείλεται μόνο στις τροφές με τις οποίες οι γονείς θρέφουν τα παιδιά τους αλλά μάλλον στο γεγονός ότι τα παιδιά αναπτύσσουν προτιμήσεις σε συγκεκριμένες τροφές μέσω της έκθεσης στις τροφές που οι γονείς επιλέγουν για αυτά, σε ηλικία που δεν είναι αρμόδια τα ίδια να αποφασίσουν ποιές τροφές επιτρέπεται να καταναλώνουν και ποιές όχι. Επιπλέον οι πρακτικές της παιδικής διατροφής που ελέγχουν τι και πόσο θα τρώνε τα παιδιά μπορούν να επηρεάσουν τις διατροφικές προτιμήσεις τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι γονείς που προσπάθησαν να αποθαρρύνουν την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών όπως τα Hamburgers για παράδειγμα, άθελα τους προκάλεσαν την προτίμηση και κατανάλωση των συγκεκριμένων τροφών που προσπαθούσαν να μειώσουν, γιατί τα παιδιά εν τέλη προτιμούσαν τις τροφές που οι γονείς τους, τους απαγόρευαν (Fisher and Bireh, 1995).

Ο Sado (2004) ότι το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο το παιδί λειτουργεί ή αποκομίζει εμπειρίες με την τροφή είναι καθοριστικό στο να διαμορφώσει τις παιδικές τροφικές προτιμήσεις επειδή το περιβάλλον στο οποίο το παιδί μαθαίνει να τρώει χρησιμεύει σαν πρότυπο για το αναπτυσσόμενο παιδί. Για πολλά παιδιά το φαγητό είναι ένα κοινωνικό γεγονός όπου παρατηρούν τις προτιμήσεις και τις συμπεριφορές των άλλων και τις μιμούνται ή τις ακολουθούν. Αυτό παρατηρείται εντονότερα σε παιδιά λίγο μεγαλύτερης ηλικίας (Sado, 2004).

Τα τελευταία 30 χρόνια έχει παρατηρηθεί μία σταθερή αύξηση στον αριθμό των γυναικών που συνεισφέρουν στο οικογενειακό εισόδημα μέσω της εργασίας τους ενώ ταυτόχρονα έχει αυξηθεί ο αριθμός των διαζυγίων και των γυναικών που μεγαλώνουν μόνες τους τα παιδιά τους (ανύπαντρες μητέρες). Ο αυξημένος χρόνος απασχόλησης σε εργασιακές υποχρεώσεις έχει βρεθεί ότι αυξάνει την πιθανότητα για δημιουργία υπέρβαρων ή παχύσαρκων παιδιών. Αυτό οφείλεται πιθανώς στους ακόλουθους λόγους::

1. Οι χρονικοί περιορισμοί που τίθενται στους γονείς λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας συνεισφέρουν στα προβλήματα βάρους των παιδιών καθώς οι γονείς βασίζονται σε αυξανόμενο βαθμό σε τροφές που αγοράζονται από ταχυφαγεία που συχνά είναι πλούσιες σε θερμίδες.
2. Παιδιά που μένουν μόνα τους για ώρες χωρίς την εποπτεία κάποιου ενήλικα καταλήγουν να τρώνε ακατάλληλες τροφές ενώ περνάνε πολλές ώρες μπροστά από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή και την τηλεόραση ενώ ταυτόχρονα δεν κινούνται ή γυμνάζονται.

3. Οι ίδιοι οι γονείς ή αυτοί που επιβλέπουν τα παιδιά δεν γυμνάζονται ή δεν κινούνται ιδιαίτερα, λόγω της κόπωσης από την δουλειά τους, με αποτέλεσμα τα παιδιά να μην έχουν ένα πρότυπο για να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που εμπεριέχουν το στοιχείο της κίνησης ή κάνουν κάποια έξοδο ή ειδρομή (Sado, 2004).

Στις Η.Π.Α και Καναδά έχει βρεθεί ότι οι έφηβοι Καυκάσιας καταγωγής (λευκοί) έχουν πολύ λιγότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκοι ή υπέρβαροι απ' ό τι οι αντίστοιχοι συνομήλικοί τους Λατινικής ή Αφροαμερικάνικης καταγωγής. Το 1998 21,5% των παιδιών Αφροαμερικάνικης καταγωγής ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα, το 21,8% των παιδιών Λατινικής καταγωγής ήταν παχύσαρκα ή υπέρβαρα ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα παιδιά Καυκάσιας καταγωγής ήταν 12,3%.

2.2 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

2.2.α ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Καρδιαγγειακά προβλήματα που συνδέονται με την παιδική και εφηβική παχυσαρκία είναι η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, το σύνδρομο υπερχοληστερόλης της καρδιάς καθώς και η πνευμονική υπέρταση (Dietz, 1998).

Καρδιαγγειακά προβλήματα, διαγιγνώσκονται με αυξανόμενο ρυθμό σε παχύσαρκα παιδιά και εφήβους (Dietz, 1998).

2.2.β ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Αυξημένα επίπεδα λιπιδίων του αίματος εμφανίζονται σε παχύσαρκα παιδιά και εφήβους. Η χαρακτηριστική εικόνα που παρατηρείται στις μικροβιολογικές εξετάσεις, είναι αυξημένα επίπεδα ορού της χαμηλής πυκνότητας της λιποπρωτεϊνης (LDL), της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων και μειωμένα επίπεδα υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνης (HDL), χοληστερόλης (Dietz, 1998). Η κεντρική κατανομή του λίπους, πιθανώς εξαιτίας της επίδρασης του στα επίπεδα της ινσουλίνης, φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει τα επίπεδα των λιπιδίων στην παχυσαρκία (Dietz, 1998).

2.2.γ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Η σχέση ανάμεσα σε παχυσαρκία και υπέρταση, έχει επιβεβαιωθεί σε πολυάριθμες μελέτες σε διάφορους εθνικούς και φυλετικούς πληθυσμούς, με σχεδόν όλες τις μελέτες να βρίσκουν αυξημένη πίεση ή υπέρταση σε παχύσαρκα παιδιά, συγκρινόμενα με παιδιά κανονικού

βάρους (Dietz, 1998). Δοθείσης της αυξανόμενης εμφάνισης της παχυσαρκίας σε παιδιά, η υπέρταση στην παιδική ηλικία εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε τέτοια περιστατικά και όχι σε νεφρικά νοσήματα. Έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος για υπέρταση στα παχύσαρκα παιδιά είναι τρεις φορές μεγαλύτερος απ' ό τι στα μη παχύσαρκα παιδιά (Dietz, 1998). Η παθογένεια της υπέρτασης στην παιδική παχυσαρκία φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, η οποία οδηγεί σε αύξηση του καρδιακού ρυθμού και αστάθειας της πίεσης του αίματος και αυξημένα επίπεδα κατεχολαμινών (Sorof και Daniels, 2002). Ένας άλλος παράγοντας που πιθανολογείται ότι συμμετέχει στην εμφάνιση της υπέρτασης στα παχύσαρκα παιδιά είναι κάποιες αλλοιώσεις των αγγείων (Sorof and Daniels, 2002).

2.2.δ ΣΥΝΔΡΟΜΟ X

Το σύνδρομο X, το οποίο επίσης λέγεται σύνδρομο αντίστασης στην ινσουλίνη ή μεταβολικό σύνδρομο είναι μία ακόμη συνέπεια της παιδικής παχυσαρκίας. Το σύνδρομο αυτό αποτελείται από υπερινσουλιναίμια, ανοχή στην γλυκόζη, υπέρταση, αυξημένη VLDL (πολύ χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη), αυξημένα τριγλυκερίδια, μειωμένη HDL και παχυσαρκία στους ενήλικες. Η σπουδαιότητα του συνδρόμου αυτού συνίσταται στο ότι αυξάνει γεωμετρικά τις πιθανότητες για καρδιαγγειακό νόσημα στους ασθενείς που είναι προσβεβλημένοι από αυτό (Reaven, 1988). Πρώιμες εκδηλώσεις του συνδρόμου X έχουν εμφανιστεί και εμφανίζονται με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό σε παιδιά (Arslanian και Suprasongsin, 1996). Η αύξηση του σωματικού λίπους, είναι ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την ευαισθησία στην ινσουλίνη σε παιδιά προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας, συνδέεται στενά με ένα αθηρωματικό λιπιδικό προφίλ. Καθώς ο αριθμός των παιδιών με παχυσαρκία αυξάνεται, η έκφραση του συνδρόμου X αναμένεται να αυξηθεί αντίστοιχα δημιουργώντας αυξημένους κινδύνους για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου στην ενήλικη ζωή (Arslanian και Suprasongsin, 1996).

2.2.ε ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Τα τελευταία δέκα χρόνια έχει παρατηρηθεί μία αλματώδης αύξηση διαβήτη τύπου II (μη ινσουλινοεξαρτώμενου) σε παιδιά και εφήβους με παχυσαρκία στις ΗΠΑ (Wang και Dietz, 2002). Η αύξηση του διαβήτη τύπου II δεν περιορίζεται μόνο στις ΗΠΑ. Στην Ιαπωνία για παράδειγμα, τα τελευταία είκοσι χρόνια ο διαβήτης τύπου II αυξήθηκε τριάντα φορές σε παιδιά που φοιτούσαν στο γυμνάσιο (Kitagawa και οι συνεργάτες του, 1994). Ο διαβήτης τύπου II αναφέρεται στην μορφή του διαβήτη ο οποίος προκύπτει από αντίσταση στην

ινσουλίνη, η οποία συνοδεύεται από ελαττωματική έκκριση ινσουλίνης. Αντίστοιχα ο διαβήτης τύπου I, προκαλείται από καταστροφή των β-κυττάρων μέσω μιας αυτοάνοσης διαδικασίας η οποία οδηγεί στην ινσουλινοπενία. Η διάγνωση του διαβήτη τύπου II στα παιδιά γίνεται συνήθως τυχαία, καθώς η πορεία της νόσου είναι συνήθως ασυμπτωματική. Η αντιστοιχία κορίτσια προς αγόρια, με διαβήτη τύπου II είναι επτά προς ένα (7: 1) σε όλες τις εθνικές ομάδες (Sinha και οι συνεργάτες του, 2002).

Είναι χαρακτηριστικό ότι η συνύπαρξη διαβήτη τύπου II και παιδικής παχυσαρκίας βρίσκεται σε ποσοστό σχεδόν 100% (Sinha, και οι συνεργάτες του, 2002). Ο έλεγχος των ποσοστών του σακχάρου στο αίμα καθώς και ο περιορισμός του σε κανονικά πλαίσια είναι απαραίτητος για την πρόληψη και τον περιορισμό των επιπλοκών του διαβήτη, όπως νευροπάθεια, νεφροπάθεια και διαβητική αμφιβληστροπάθεια (Sinha και οι συνεργάτες του, 2002).

2.2.στ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Διάφορα ορθοπεδικά προβλήματα εμφανίζονται σε παιδιά και εφήβους με παιδική και εφηβική παχυσαρκία. Η νόσος του Blount προκύπτει όταν εξαιτίας του υπερβολικού βάρους η κνήμη κυρτώνεται και μοιάζει σαν λυγισμένο τόξο. Το 70% των παιδιών με την νόσο του Blount είναι παχύσαρκα (Wilcox, Weinerand και Leighlly, 1988). Ένα άλλο πρόβλημα που εμφανίζεται συχνά σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά είναι η διολίση της μηριαίας επίφυσης. Αυτό το πρόβλημα προκαλείται εξαιτίας της πίεσης και της φθοράς που επακολουθεί, στον χόνδρο του ισχίου από το υπερβολικό βάρος. Το 50-70% των παιδιών που έχουν αυτό το πρόβλημα είναι παχύσαρκα. Επιβάλλεται άμεση απώλεια βάρους για την ίαση του προβλήματος. Η σημασία της παχυσαρκίας στα δύο προηγούμενα ορθοπεδικά προβλήματα φαίνεται στο ότι με την σημαντική απώλεια βάρους το πρόβλημα διορθώνεται, ενώ με την επαναπρόσληψη βάρους το ορθοπεδικό πρόβλημα επανεμφανίζεται (Willox, Wainer και Leighlly, 1988).

2.1.δ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά τείνουν να είναι ψηλότερα, να έχουν μεγαλύτερη ανάπτυξη οστών για την ηλικία τους και να ωριμάζουν γρηγορότερα απ' ότι συνομήλικα παιδιά που δεν είναι υπέρβαρα. Η έρευνα έχει δείξει ότι σε παιδιά που έγιναν υπέρβαρα ή παχύσαρκα η αύξηση του ύψους τους επιταχύνεται ή ακολουθεί αμέσως μετά την υπερβολική αύξηση του βάρους (Dietz, 1998).

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΙΑΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ
ΣΩΜΑΤΟΣ(ΔΜΣ)
ΓΙΑ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΑΓΟΡΙΑ ΚΑΙ ΚΟΡΙΤΣΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 2-18 ΕΤΩΝ**

ΗΛΙΚΙΑ (έτη)	ΑΓΟΡΙΑ		ΚΟΡΙΤΣΙΑ	
	ΥΠΕΡΒΑΡΟ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	ΥΠΕΡΒΑΡΟ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
2	18.4	20.1	18	19.8
3	17.9	19.6	17.6	19.4
4	17.6	19.3	17.3	19.2
5	17.4	19.3	17.2	19.2
6	17.6	19.8	17.3	19.7
7	17.9	20.6	17.8	20.5
8	18.4	21.6	18.4	21.6
9	19	22.8	19.1	22.8
10	19.8	24	19.9	24.1
11	20.6	25.1	20.7	25.4
12	21.2	26	21.7	26.7
13	21.9	26.8	22.6	27.8
14	22.6	27.6	23.3	28.6
15	23.3	28.3	23.9	29.1
16	23.9	28.9	24.4	29.4
17	24.5	29.4	24.7	29.7
18	25	30	25	30

Πηγή: cole et al 2000

Cole, C., Leide, J.E., Large, A., Beheshti, J. And Brooks, M. (2000). Putting it together online: information need identification for the domain novice user. Journal of the American Society for Information Science and Technology, 56(7), 684 – 694

Στα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά η πρόωμη ανάπτυξη που χαρακτηρίζεται από δυσανάλογη ανάπτυξη οστών για την ηλικία, απότομη και μεγάλη αύξηση του ύψους και πρόωμη εμφάνιση της περιόδου στα κορίτσια, συνδέεται με αυξημένη εμφάνιση της παχυσαρκίας στα άτομα αυτά ως ενήλικες (Dietz, 1998). Επίσης αυτή η πρόωμη ανάπτυξη μπορεί να οδηγήσει σε διατροφικές διαταραχές όπως η βουλιμία και η ανορεξία που εναλλάσσεται με φάσεις βουλιμίας (Brooks-Gunn, 1998).

2.2.ζ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η αποφρακτική υπνική άπνοια είναι ένα κοινό πρόβλημα σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά. Είναι μία αρχειτά επικίνδυνη κατάσταση η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρότατα καρδιοαναπνευστικά προβλήματα όπως κατακράτηση του διοξειδίου του άνθρακα, υποξία, δεξιά κοιλιακή υπερτροφία, πνευμονική υπέρταση καθώς και πνευμονική εμβολή η οποία

μπορεί να επιφέρει θάνατο (Belamarich και οι συνεργάτες του, 2000). Άλλες δυσάρεστες συνέπειες της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας περιλαμβάνουν ενούρηση, υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας και προβλήματα στην μάθηση και την μνήμη που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την σχολική απόδοση του παιδιού (Belamarich και οι συνεργάτες του, 2000). Σε μία έρευνα βρέθηκε ότι το 1/3 των παχύσαρκων παιδιών που είχαν αναπνευστικά προβλήματα κατά την διάρκεια του ύπνου, είχαν αποφρακτική υπνική άπνοια (Mallory, Fiser και Jackson, 1989). Επειδή η συγκεκριμένη πάθηση μπορεί να οδηγήσει σε αιφνίδιο θάνατο χρειάζεται επιθετική θεραπεία, (δηλαδή άμεση εισαγωγή σε νοσοκομείο, νηστεία και χορήγηση φαρμάκων παρεντερικά) σε παιδιά με αυτό το πρόβλημα (Belamaric και οι συνεργάτες του, 2000).

Ένα άλλο αναπνευστικό πρόβλημα που εμφανίζεται σε παιδιά με παχυσαρκία είναι το άσθμα. Μολονότι η σχέση παιδικής παχυσαρκίας και άσθματος δεν έχει διασαφηνισθεί πλήρως, υπάρχει γενικότερη συναίνεση μεταξύ της επιστημονικής κοινότητας για την συνύπαρξή τους (Belamarich, συνεργάτες του, 2000). Σε πολλά παιδιά μια κρίση άσθματος εξαιτίας της έντονης σωματικής άσκησης και η ύπαρξη βρογχοσπασμού μειώνει την ικανότητα του παιδιού να ασκείται σωματικά. Απο την άλλη, η απώλεια βάρους στα παιδιά αυτά φαίνεται να βελτιώνει το άσθμα (Belamarich και οι συνεργάτες του, 2000). Είναι πιθανό ότι η μειωμένη σωματική δραστηριότητα που συνδυάζεται με το άσθμα να είναι η βασική αιτία της παχυσαρκίας στα παιδιά αυτά. Επιπλέον, τα παχύσαρκα παιδιά έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης και έντασης βρογχοσπασμού, των μικρότερων αεραγωγών που συνδέεται με την ποσότητα του υποδόριου πάχους που υπάρχει σε αυτά τα παιδιά. Έτσι, ενώ ο βρογχοσπασμός που προκαλείται από την σωματική άσκηση μπορεί να προκαλεί περιορισμό της σωματικής δραστηριότητας και παχυσαρκία, η ίδια η παχυσαρκία προκαλεί ή ενισχύει την υπερενεργοποίηση των βρόγχων στην σωματική άσκηση και να προδιαθέτει στο άσθμα (Belamarich και οι συνεργάτες του, 2000).

2.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

2.3.α ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η παχυσαρκία είναι μία από τις πιο κοινές χρόνιες διαταραχές της παιδικής ηλικίας και εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς. Παρόλο που υπάρχει αυξανόμενη συνειδητοποίηση και ανησυχία για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους οι ειδικοί της υγείας όπως παιδίατροι και παθολόγοι αποφεύγουν να προτείνουν

κάποια θεραπευτική αγωγή αν δεν συνυπάρχουν και άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως διαβήτης ή υπερλιπιδαιμία (Schwimmer και οι συνεργάτες τους, 2003). Παρόλα αυτά οι πιο συνήθεις και διαδεδομένες συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας είναι ψυχοκοινωνικές με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής του παιδιού και της οικογένειας του (Schwimmer και οι συνεργάτες τους, 2003). Τα παχύσαρκα παιδιά και οι έφηβοι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση και ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων καθώς και προβλημάτων κοινωνικής προσαρμογής, όπως μειωμένη αυτό-αντίληψη και εφαρμογή των δεξιοτήτων τους, σε διάφορα αθλήματα, στο σχολείο καθώς και στις διαπροσωπικές σχέσεις με συμμαθητές και φίλους (Schwimmer και οι συνεργάτες τους, 2003).

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στις σωματικές δραστηριότητες ενός ατόμου, στην συναισθηματική του κατάσταση, στις κοινωνικές του δεξιότητες και σχέσεις και στην σχολική του απόδοση (Schwimmer και οι συνεργάτες τους, 2003).

Οι Schwimmer και οι συνεργάτες τους (2003), διερεύνησαν την ποιότητα ζωής σε 106 παιδιά και εφήβους (57 αγόρια και 49 κορίτσια) μεταξύ 5-18 ετών, που παραπέμφθηκαν σε ένα παιδιατρικό νοσοκομείο για διάγνωση και διερεύνηση παχυσαρκίας. Ο λόγος που γίνεται αναφορά σε αυτή την έρευνα είναι επειδή οι ερευνητές όχι μόνο συγκρίνουν την ποιότητα ζωής των παχύσαρκων παιδιών με υγιή, αλλά και με καρδιοπαθή παιδιά που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία κάτι που κάνει την έρευνα αυτή μοναδική. Οι Schwimmer και οι συνεργάτες τους (2003), επέλεξαν παιδιά με καρκίνο, γιατί ο καρκίνος είναι τις περισσότερες φορές, μία χρόνια κατάσταση που επιφέρει κακή ποιότητα ζωής στα παιδιά που είναι προσβεβλημένα από αυτόν.

Η έρευνα των Schwimmer και των συνεργατών τους (2003), έδειξε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με σοβαρή παχυσαρκία έχουν άσχημη ποιότητα ζωής σε σχέση με αντίστοιχα υγιή παιδιά. Η πιθανότητα ενός παιδιού ή ενός εφήβου με παχυσαρκία να έχει άσχημη ποιότητα ζωής ήταν 5,5 φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι ένα υγιές παιδί ή έφηβος και παρόμοια με ένα παιδί ή έφηβο που είχε καρκίνο και υπόκεινταν σε χημειοθεραπεία. Τα παιδιά και οι έφηβοι που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο είχαν βρεθεί σε προηγούμενες έρευνες, ότι είχαν την χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αντίστοιχα υγιή παιδιά (Koot και Wallomder, 2001). Τα παιδιά και οι έφηβοι με καρκίνο υποφέρουν συχνά από τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας και συνεπώς έχουν συχνά πρόβλημα να ακολουθήσουν τον ίδιο ρυθμό ζωής που έχουν οι συνομήλικοί τους και οι συμμαθητές τους. Οι νεαροί ασθενείς που έχουν

καρκίνο συχνά έρχονται αντιμέτωποι με πειράγματα στο σχολείο και πολλές φορές δείχνουν μεγάλο βαθμό κοινωνικής απόσυρσης (Koot και Wallomder, 2001). Μολονότι τα παχύσαρκα παιδιά και οι έφηβοι βιώνουν συχνά περιορισμούς ως προς τις σωματικές τους δραστηριότητες και πειράγματα από τους συμμαθητές τους, δεν αντιμετωπίζουν τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Έτσι η παρόμοια ποιότητα ζωής ανάμεσα στα καρκινοπαθή και τα παχύσαρκα παιδιά ήταν ένα απρόσμενο όσο και ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα (Schwimmer και οι συνεργάτες τους, 2003).

Πιο συγκεκριμένα η έρευνα των Schwimmer και των συνεργατών τους (2003), κατάδειξε τα ακόλουθα:

1. Τα παχύσαρκα παιδιά και οι έφηβοι στην συγκεκριμένη μελέτη είχαν πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες απ' ότι αντίστοιχα υγιή παιδιά να μην συμμετέχουν σε σωματικές δραστηριότητες όπως η γυμναστική στο σχολείο και παιχνίδια που περιελάμβαναν σωματική άσκηση. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι όσο πιο παχύσαρκα ήταν τα παιδιά και οι έφηβοι της έρευνας τόσο λιγότερο συμμετείχαν στις σωματικές δραστηριότητες, πράγμα που διαιωνίζει περαιτέρω τον φαύλο κύκλο της παχυσαρκίας, διότι ενώ υπάρχει πρόσληψη θερμίδων, δεν καταναλώνονται μέσω της κίνησης και της σωματικής δραστηριότητας.
2. Τα παχύσαρκα παιδιά και οι έφηβοι είχαν συνείδηση του προβλήματός τους και ανησυχούσαν πάρα πολύ για το βάρος τους και για τις συνέπειες που μπορούσε να έχει αυτό στην προσωπική τους ζωή. Συγκεκριμένα ανησυχούσαν και ήταν αγχωμένα για το πώς θα μπορούσαν να κρατήσουν το βάρος τους σταθερό. Επιπλέον η συνειδητοποίηση ότι η παχυσαρκία τους ήταν ένας παράγοντας που οδηγούσε στον κοινωνικό τους στιγματισμό και σε περαιτέρω απομόνωση τους, είχε ως συνέπεια την χειροτέρευση της ψυχολογικής τους διάθεσης.
3. Η απόδοση στο σχολείο ήταν ιδιαίτερα μειωμένη και οι χαμηλοί βαθμοί και οι πολλές απουσίες είτε λόγω ασθένειας, είτε λόγω έλλειψης διάθεσης να πάνε σχολείο ήταν πολύ συχνό φαινόμενο. Οι πολλές απουσίες στα χρόνια του γυμνασίου, μπορεί να σχετίζονται με πρόωρη διακοπή του γυμνασίου και γενικότερα του σχολείου στις παχύσαρκες έφηβες (Gortmerker και οι συνεργάτες του, 1993).

Άλλη έρευνα που έγινε σε παχύσαρκα παιδιά της τελευταίας τάξης του δημοτικού και των τριών πρώτων τάξεων του γυμνασίου στην Ταϊλάνδη (Mo-suvan και οι συνεργάτες του, 1999), έδειξε ότι τα παιδιά αυτά είχαν χαμηλότερους βαθμούς στα μαθηματικά και στα φιλολογικά μαθήματα σε σχέση με αντίστοιχη ομάδα ελέγχου που αποτελούνταν από υγιή παιδιά (Mo-suvan και οι συνεργάτες του, 1999). Αυτό βασικά συνέβαινε για δύο λόγους : Από την μία έλειπαν συχνά από τα μαθήματα κι έκαναν πολλές απουσίες και από την άλλη δεν σήκωναν το χέρι τους και γενικά δεν συμμετείχαν στο μάθημα για να μην τους κοροϊδεύουν οι συμμαθητές τους (Mo-suvan και οι συνεργάτες του, 1999).

2.3.β ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η εικόνα του σώματος παίζει σημαντικό ρόλο στην παιδική παχυσαρκία και ορίζεται ως : η εικόνα του ατόμου από πλευράς εξωτερικής εμφάνισης αλλά και πώς νιώθει γι' αυτή (Thompson και Smolak, 2001).

Η εικόνα του σώματος καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την προτίμηση τύπου σώματος, δηλαδή, το ιδεώδες με βάση το οποίο κάποιος μετράει ή συγκρίνει το μέγεθος και το σχήμα του σώματος του. Η κουλτούρα είναι ο βασικότερος παράγοντας που καθορίζει την προτίμηση τύπου σώματος (Thompson και Smolak, 2001). Για παράδειγμα, τα κορίτσια Αφροαμερικάνικης καταγωγής τείνουν να ταυτίζουν τα θετικά χαρακτηριστικά, δύναμη, υγεία και ευημερία, με γυναίκες αυξημένου βάρους. Επιπλέον, τα κορίτσια Αφροαμερικάνικης καταγωγής έχουν ιδεώδη τύπο σώματος βαρύτερο από τον αντίστοιχο των λευκών και Ισπανόφωνων κοριτσιών (Thompson και Smolak, 2001).

Αυτή η ιδεώδης εικόνα του σώματος επηρεάζει το βαθμό με τον οποίο κάποιος είναι ικανοποιημένος με το σώμα του. Όσο πιο μικρή είναι η διαφορά ανάμεσα στην ιδεώδη εικόνα του σώματος και την πραγματική εικόνα του σώματος τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση για την εικόνα του σώματος (Thompson και Smolak, 2001). Γενικά τα παιδιά και οι έφηβοι της λευκής φυλής τείνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένα με το βάρος ή το σχήμα του σώματος τους και ο βαθμός της ικανοποίησης μειώνεται σταθερά όσο ανεβαίνει το βάρος του σώματος, με τα παχύσαρκα παιδιά και εφήβους να έχουν το μικρότερο βαθμό ικανοποίησης για το σώμα τους (Thompson και Smolak, 2001).

Ο Strauss (2000) διερεύνησε την σχέση παιδικής παχυσαρκίας και αυτοεκτίμησης, σε παχύσαρκα παιδιά ηλικίας 13-14 ετών και ανακάλυψε ότι τα παχύσαρκα λευκά και Ισπανόφωνα κορίτσια, είχαν ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης. Τα αγόρια που

συμμετείχαν στην έρευνα αυτή είχαν περισσότερη αυτοεκτίμηση απ' ότι είχαν τα λευκά και Ισπανόφωνα κορίτσια της ίδιας ηλικίας. Τα κορίτσια με χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελούσαν το 70% των κοριτσιών που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή και είχαν αυξημένα ποσοστά μοναξιάς, θλίψης και νευρικότητας καθώς και αυξημένα ποσοστά χρήσης καπνού και αλκοόλ (Strauss, 2000).

Η ηλικία των 8-14 ετών είναι ιδιαίτερα κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη της εικόνας του σώματος και της αυτοεκτίμησης. Οι Must και Strauss (1999) παρατήρησαν ότι τα παχύσαρκα κορίτσια της ηλικίας αυτής έχουν τόσο υπερβολική ανησυχία για την εικόνα του σώματος τους που φθάνει σε βαθμό εμμονής, ενώ αντίστοιχα η αυτοεκτίμηση τους είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Επιπλέον λόγω της χαμηλής αυτοεκτίμησης τους θεωρούν ότι οι συμμαθητές και οι συνομήλικοι τους θα τους απορρίπτουν λόγω του βάρους τους (Must και Strauss, 1999)

2.3.γ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Ελάχιστα προβλήματα της παιδικής ηλικίας μπορούν να έχουν τόσο καθοριστική σημασία για την συναισθηματική ανάπτυξη ενός παιδιού όσο η παχυσαρκία (Strauss, 2000).

Οι Mastillo και οι συνεργάτες τους (2003) διερευνήσαν την σχέση παιδικής παχυσαρκίας και κατάθλιψης. Το χαρακτηριστικό εύρημα αυτής της έρευνας είναι ότι βρέθηκαν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης στα αγόρια που ήταν χρόνια παχύσαρκα. Αντίθετα δεν ανιχνεύτηκε κατάθλιψη στα αγόρια που εμφάνισαν παχυσαρκία για πρώτη φορά στην εφηβεία ή είχαν περιόδους με μειωμένο βάρος εναλλασσόμενες με περιόδους παχυσαρκίας.

Σύμφωνα με τους Burrows και Cooper (2002) η κατάθλιψη είναι ένα από τα αποτελέσματα της παιδικής παχυσαρκίας και επιπλέον όταν συνυπάρχει με χαμηλή αυτοεκτίμηση και ανησυχία για το βάρος και το σχήμα του σώματος, αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση διαταραχών διατροφής, (βουλιμία, βουλιμαρεξία, ανορεξία) στα κορίτσια.

Ο Stice και οι συνεργάτες τους (2005) διερευνήσαν την σχέση της παιδικής κατάθλιψης σε συνάρτηση με την εμφάνιση της παχυσαρκίας στην προεφηβεία και εφηβεία. Συγκεκριμένα διερευνήσαν κατά πόσο η κατάθλιψη σε κορίτσια ηλικίας 11-12ετών οδηγεί στην

παχυσαρκία στην εφηβεία και κατέληξαν στο ότι η κατάθλιψη αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση της παχυσαρκίας στην εφηβεία στα κορίτσια όταν η ύπαρξη της συνοδεύεται με πρακτικές ελέγχου του βάρους όπως η διαίτα ή η σωματική άσκηση. Τα παχύσαρκα παιδιά γίνονται από πολύ νωρίς στόχος συστηματικών διακρισεων και στιγματισμού εξαιτίας του πάχους τους (Dietz, 1998). Η έρευνα έχει καταδείξει ότι τα παιδιά σε πολύ μικρή ηλικία ευαισθητοποιούνται στο θέμα της παχυσαρκίας και έχουν ήδη ενσωματώσει τα πολιτιστικά πρότυπα για αδύνατο σώμα (Dietz, 1998). Τεστ προτίμησης έχουν δείξει ότι αγόρια και κορίτσια ηλικίας 10 και 11 ετών προτιμούσαν ως φίλους παιδιά που αντιμετώπιζαν διάφορα σωματικά και αναπτυξιακά προβλήματα αντί για τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά (Dietz, 1998). Επιπλέον, παιδιά ηλικίας 6-10 ετών συσχετίζουν την παχυσαρκία με μία ποικιλία αρνητικών χαρακτηριστικών όπως, τεμπελιά, τσαπατσουλιά, ασχήμια και βλακεία. Σαν συνέπεια αυτής της διάκρισης τα παχύσαρκα παιδιά διαλέγουν για φίλους παιδιά μικρότερης ηλικίας που θα είναι λιγότερο επικριτικά απέναντι τους και θα έχουν την διάθεση να παίξουν με το παχύσαρκο παιδί επειδή είναι μεγαλύτερο στην ηλικία (Dietz, 1998).

Τα παχύσαρκα παιδιά ηλικίας 11-16 ετών είναι συχνά, θύματα επαναλαμβανόμενης ομαδικής επιθετικότητας από συνομηλίκους και συμμαθητές τους (Janssen και οι συνεργάτες του, 2004). Οι κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες αυτής της επιθετικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικές, γιατί τα παιδιά της προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στους συνομηλίκους και τους συμμαθητές τους για κοινωνική υποστήριξη, διαμόρφωση ταυτότητας και αυτοεκτίμησης (Janssen και οι συνεργάτες του, 2004). Πράγματι, η ύπαρξη αυξημένων κοινωνικών προβλημάτων στους έφηβους και τους προέφηβους είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Για παράδειγμα, οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι έφηβοι έχουν λιγότερες πιθανότητες να παντρευτούν ως ενήλικοι συγκρινόμενοι με αντίστοιχους έφηβους κανονικού βάρους (Parker και Asher, 1987).

Ο Janssen και οι συνεργάτες του (2004) διερεύνησαν τις συνέπειες της επιθετικότητας (λεκτικής ή σωματικής), σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 5749 υπέρβαρων και παχύσαρκων αγοριών και κοριτσιών, 11-16 ετών από τον Καναδά. Η έρευνα αυτή κατέδειξε ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά είναι πολύ πιθανό να είναι θύματα επιθετικής κακοποίησης αλλά και θύτες απ' ό,τι οι συνομηλίκοι τους κανονικού βάρους.

Η επιθετικότητα, μπορεί να προσλάβει πολλές μορφές και περιλαμβάνει, βρισιές, πειράγματα, απειλές, σωματική βλάβη, απόρριψη, διασπορά ψεύτικων διαδόσεων και σεξουαλική παρενόχληση. Στην συγκεκριμένη έρευνα τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα, αγόρια και κορίτσια έγιναν αποδέκτες των προαναφερθέντων μορφών επιθετικότητας από συμμαθητές και συνομήλικους στο σχολείο (Janssen και οι συνεργάτες του, 2004). Η θυματοποίηση των παχύσαρκων παιδιών ίσχυε για τα αγόρια από τις ηλικίες 11-14 ετών και σταματούσε στις ηλικίες 15-16 ετών, ενώ στα κορίτσια συνεχιζόταν μέχρι και την ηλικία των 16 ετών, αδιάλειπτα.

Στην ίδια έρευνα (2004) βρέθηκε ότι τα παχύσαρκα παιδιά γίνονταν οι ίδιοι θύτες άλλων παιδιών, κυρίως μέσω λεκτικής επιθετικότητας που περιελάμβανε βρισιές που αφορούσαν την εθνικότητα ή την φυλή. Πιθανώς αυτό γινόταν, γιατί τα παιδιά αυτά ήθελαν να εκφράσουν την επιθετικότητα τους χτυπώντας κάποιους άλλους σε θέματα που είναι ευάλωτοι όπως η εθνικότητα και η φυλή (Janssen και οι συνεργάτες του, 2004).

Τελευταία αλλά ως εξίσου σημαντική αναφέρεται η έρευνα που έγινε από τον Meged και τους συνεργάτες του (2005) σε ένα πανεπιστημιακό παιδιατρικό νοσοκομείο του Ισραήλ, στην μονάδα διαταραχών διατροφής, σε 26 παχύσαρκα παιδιά που νοσηλεύονταν εκεί λόγω της παχυσαρκίας τους. Βρέθηκε ότι το 57,7% των παιδιών αυτών (15 παιδιά), εμφάνιζαν ταυτόχρονα με την παχυσαρκία ΔΕΠΥ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με Υπερκινητικότητα).

Η ΔΕΠΥ είναι μία αρκετά διαδεδομένη διαταραχή της παιδικής ηλικίας που χαρακτηρίζεται από αδυναμία εστίασης της προσοχής και παρορμητικότητα. Υπολογίζεται ότι το 5-10% των παιδιών σχολικής ηλικίας υποφέρουν από αυτή την διαταραχή (Pliska, 2000).

Η συνύπαρξη ΔΕΠΥ και παιδικής παχυσαρκίας δεν έχει διερευνηθεί, γιατί πιθανώς η έλλειψη υπερκινητικότητας καλύπτεται από το γεγονός ότι τα παχύσαρκα παιδιά είναι λιγότερο κινητικά. Επιπλέον η αδυναμία εστίασης της προσοχής μπορεί να καλύπτεται από την δυσθυμία, την απογοήτευση και την κατάθλιψη που παρουσιάζουν τα παχύσαρκα παιδιά (Meged και οι συνεργάτες του, 2005). Τα παιδιά με ΔΕΠΥ χαρακτηρίζονται από έλλειψη αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην υπερφαγία με συνέπεια την παιδική παχυσαρκία (Meged και οι συνεργάτες του, 2005). Το αρκετά μεγάλο ποσοστό

57,7% συνύπαρξης ΔΕΠΥ και παιδικής παχυσαρκίας είναι εντυπωσιακό και δείχνει ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα πρέπει να αξιολογούνται και για τις διατροφικές τους συνήθειες, έτσι ώστε να γίνεται πρώιμα η διάγνωση της παιδικής παχυσαρκίας, πράγμα που δεν έχει συμβεί μέχρι τώρα στην καθημερινή παιδιατρική πρακτική (Meged και οι συνεργάτες του, 2005).

2.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Διάφορες θεραπείες έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Από αυτές με σειρά χρονολογικής εμφάνισης και διάδοσης, αναφέρουμε την ψυχαναλυτική, την συμπεριφοριστική, τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική και τη συστημική – οικογενειακή (Thompson και Smolak, 2001).

2.4.α ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία η έναρξη της παιδικής παχυσαρκίας οφείλεται σε ανεπάρκειες στην στοματική διέγερση κατά την διάρκεια της βρεφικής ηλικίας προβλήματα που εμφανίζονται κατά την στοματική φάση της ηλικίας αυτής (Bemporad και Herzog, 1985). Συγκεκριμένα οι παραπάνω συγγραφείς αναφέρουν ότι υπερβολές οδήγησαν σε μερικές ή ολιγές «καθλώσεις» στο στοματικό στάδιο ανάπτυξης. Αυτές οι «καθλώσεις» ήταν το αποτέλεσμα είτε υπερβολικής είτε ελάχιστης ηδονικής ικανοποίησης κατά την στοματική φάση. Συνεπώς, ένα βρέφος που δεν έχει το κατάλληλο βαθμό στοματικής ικανοποίησης μπορεί να παλινδρομήσει σε στοματικό επίπεδο συμπεριφοράς κάτω από ιδιαίτερα πιστικές ή στρεσογόνες περιστάσεις σε μεγαλύτερη ηλικία. Με βάση τους Bemporad και Herzog (1985) το ταΐσμα του βρέφους είναι μία τόσο σημαντική διαδικασία κατά την διάρκεια της βρεφικής ηλικίας που η σχέση μητέρας – παιδιού είναι στενά συνυφασμένη με την τροφή και την διαδικασία του ταΐσματος.

Ο Levy (1934), χρησιμοποίησε τον όρο «συναισθηματική πείνα» σαν την αιτία των διαταραχών διατροφής στην παιδική και ενήλικη ζωή. Ο Levy (1934), όρισε σαν «συναισθηματική πείνα» την έντονη συναισθηματική επιθυμία για μητρική αγάπη καθώς και όλα τα άλλα συναίσθημα που ενέχονται στην σχέση μητέρας παιδιού. Σύμφωνα με τον Levy (1934), τα παχύσαρκα παιδιά προβάλλουν την «συναισθηματική τους πείνα» στην τροφή σαν μία μορφή μητέρας που είναι εύκολα προσβάσιμη, τρέφοντας με αυτό τον τρόπο τον εαυτό τους έτσι ώστε να νοιώσουν ασφαλή και να γεμίσουν το συναισθηματικό τους κενό. Ο όρος «συναισθηματική πείνα» του Levy φαίνεται ότι είναι στενά συνδεδεμένος με τον όρο «μεταβατικό αντικείμενο» του Winnicott (1971) που δρα σαν ηρεμιστικό ή

καθησυχαστικό αντικείμενο όταν η μητέρα είναι απύσχα. Για το παχύσαρκο παιδί η τροφή φαίνεται να είναι ένα μεταβατικό αντικείμενο που λειτουργεί σαν άμυνα στο άγχος του αποχωρισμού από την μητέρα. Ο Winnicott (1971) παρατήρησε ότι το τάισμα εξελίσσεται από μία αρχική φάση μη διαφοροποίησης όπου το παιδί και το στήθος της μητέρας βιώνεται σαν κάτι ενιαίο, σε μία βαθμιαία αντίληψη και συνειδητοποίηση ότι η τροφή και το τάισμα προέρχονται από μία άλλη πηγή έξω από το βρέφος. Σύμφωνα με τον Winnicott (1971) και άλλους επιστήμονες (Kohut, 1971) η ικανοποιητική εμπειρία ταΐσματος από μία «αρκιτά καλή μητέρα» είναι βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη της ικανότητας του βρέφους να σχετίζεται με τους άλλους, καθώς και την σταθερή αίσθηση του εαυτού.

Ανάμεσα στους παιδοψυχολογούς που ασχολούνται με προβλήματα διατροφής η Hilde Bruch κατέχει εξέχουσα θέση και το βιβλίο της «Διαταραχές διατροφής: παχυσαρκία, νευρική ανορεξία, και ο άνθρωπος εντός (1973)», παραμένει κλασικό στην σύγχρονη ψυχαναλυτική βιβλιογραφία. Η Bruch (1973), παρατήρησε ότι οι μητέρες των παχύσαρκων παιδιών παρεμβαίνουν στην διαδικασία της εξελικτικής διαφοροποίησης ανάμεσα στον εαυτό και το αντικείμενο. Σύμφωνα με την συγγραφέα, η μητέρα που έχει ένα παχύσαρκο παιδί διατηρεί μία υπερπροστατευτική στάση που οδηγεί στην εξάρτηση του παιδιού από αυτήν, αντιμετωπίζοντάς το σαν ένα υπερπολύτιμο άψυχο κτήμα της. Η μητέρα προσφέρει τροφή σε υπεραφθονία και σε ακατάλληλες στιγμές, για μη θρεπτικούς σκοπούς όπως για παράδειγμα, σαν υποκατάστατο για τις άλλες ανάγκες του παιδιού ή για τις δικές της ανάγκες εξάρτησης. Εξαιτίας αυτού του υπερβολικού και ακατάλληλου ταΐσματος τα παχύσαρκα παιδιά υποφέρουν από διαταραχές της αντίληψης. Συγκεκριμένα, τα παχύσαρκα παιδιά είναι ανίκανα να αντιληφθούν τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στην πείνα, τον κορεσμό και τα συναισθήματα τους (Bruch, 1973). Η Bruch παρατηρεί ότι για την σωστή σχέση μητέρας – παιδιού η πρώτη πρέπει να διαφοροποιήσει τις ανάγκες του παιδιού από τις δικές της, δημιουργώντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, μία ατμόσφαιρα στην οποία η ίδια είναι τόσο ευαίσθητη ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του βρέφους διευκολύνοντας την εσωτερικεύση της μητρικής καταπραϊντικής λειτουργίας. Συνεπώς, η ικανότητα του παιδιού για αυτοανακούφιση ή αυτοκαταπραΐνση είναι συνέπεια της μητρικής ενσυναίσθησης στις ανάγκες του παιδιού, πράγμα που οδηγεί στην δημιουργία ενός υγιή πυρήνα εαυτού: Αυτή η διαδικασία βοηθάει το παιδί να αναπτύξει αυτοσυνοχή, σταθερότητα αντικειμένων και την ικανότητα να ανέχεται τον αποχωρισμό από την μητέρα (Bruch, 1973).

Η Bruch μας δίνει ένα διαφωτιστικό παράδειγμα από το βιβλίο της «Διαταραχές διατροφής» (1973), για την σχέση μητέρας – παιδιού στην παθογένεια και διατήρηση της παιδικής παχυσαρκίας:

«Η Χόλυ, ένα κορίτσι 4,5 ετών, με βάρος 45 κιλά και ύψος 85 εκατοστά, εισήχθη στο παιδιατρικό νοσοκομείο για την αξιολόγηση και διερεύνηση της παχυσαρκίας της καθώς και για την αντιμετώπιση των συχνών επεισοδίων δύσπνοιας που την ανάγκαζαν να κοιμάται με τέσσερα μαξιλάρια το βράδυ. Η Χόλυ κατά την εισαγωγή και παρακολούθησή της στο νοσοκομείο παρουσίαζε σχεδόν πλήρη αδράνεια και ακινησία και κοιμόταν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Όταν κοιμόταν, τα χείλη της και τα νύχια της έπαιρναν ένα χρώμα, βαθύ μπλε. Η αναπνοή της βελτιώθηκε θεαματικά μετά από 48ωρη νηστεία. Όλες οι βιοχημικές και οι άλλες εξετάσεις που υποβλήθηκε στο νοσοκομείο από τους παιδίατρους για την ύπαρξη κάποιας νόσου που θα μπορούσαν να προκαλούν την υπερβολική αύξηση βάρους απέβησαν αρνητικές.

Η μητέρα στην λήψη του ιστορικού είπε αρχικά, ότι η Χόλυ γεννήθηκε λιποβαρής, γύρω στα 1.500 γραμμάρια και γι' αυτό το λόγο αναγκάστηκε να την ταιΐζει κάθε μία ώρα. Όμως το σημείωμα που έφτασε από τον παιδίατρο που παρακολουθούσε την Χόλυ, έλεγε ότι η Χόλυ είχε κανονικό βάρος κατά την γέννηση της αλλά η μητέρα την μπούκωνε συνέχεια με φαγητό παρά τις αντίθετες συστάσεις του. Όλο το ιστορικό που έδωσε η μητέρα της Χόλυ ήταν γεμάτο με αντιφάσεις και μυθεύματα. Όπως για παράδειγμα, ότι αν δεν την ταιΐζε συνέχεια, η Χόλυ έβαζε στο στόμα της ότι έβρισκε στο πάτωμα, ακόμα και αποτσίγαρα. Το κορψαίο ήταν όταν ανέφερε ότι στην ηλικία των 3 ετών έμαθε να ανοίγει με ανοιχτήρι κονσέρβες για να τρώει το περιεχόμενο τους. Στην αρχή η μητέρα αρνήθηκε ότι πίεζε την κόρη της να τρώει συνέχεια, αλλά ακολούθως είπε ότι η κόρη της ήταν πανέμορφη μέσα στο παιδικό της λίπος και ότι τα χοντρά παιδιά είναι υγιή.

Μετά την νηστεία η Χόλυ άρχισε να τρέφεται με κανονικά γεύματα και έφαχνε για επιπλέον φαγητό στην κουζίνα του νοσοκομείου, όπου όμως ήταν πολύ επιλεκτική σε αυτά που διάλεγε να φάει σε αντίθεση με αυτά που έλεγε η μητέρα της. Η Χόλυ έμεινε στο νοσοκομείο για 9 μήνες και έχασε 31 κιλά. Τα σωματικά της συμπτώματα εξαφανίστηκαν πλήρως και η Χόλυ έγινε ένα δραστήριο και ζωντανό παιδί. Μετά από 9 χρόνια, όταν η Χόλυ ήταν 13 ετών, είχε ύψος 1,55 εκατοστά και ζύγιζε 100 κιλά. Είχε γίνει διαβητική και έπαιρνε ινσουλίνη για να ρυθμίσει το σάκχαρο της.

Τους 9 μήνες που η Χόλυ νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο η μητέρα υποβλήθηκε σε θεραπεία ψυχαναλυτικού τύπου, η οποία έφερε στην επιφάνεια τα ακόλουθα:

Η Χόλυ ήταν το πρώτο παιδί πολύ νεαρών γονιών που είχαν παντρευτεί όταν ο σύζυγος ήταν ακόμα στον στρατό, αποφάσισαν να χωρίσουν γιατί δεν ταίριαζαν, αλλά τότε έγινε το μοιραίο. Η μητέρα έμεινε έγκυος στην Χόλυ. Ο σύζυγος πήρε την μητέρα και την Χόλυ και πήγαν να ζήσουν στο πατρικό του μαζί με τους γονείς του. Στην ίδια γειτονιά ζούσαν οι 5 αδερφές του συζύγου. Η μητέρα της Χόλυ ένοιωθε εντελώς απομονωμένη και βίωνε την όλη κατάσταση όπως η Σταχτοπούτα που έπρεπε να κάνει όλες τις σκληρές δουλειές στο σπίτι με την μητριά και τις κακές αδερφές. Ο παιδίατρος που παρακολουθούσε την Χόλυ έβαζε τις φωνές στην μητέρα γιατί μπούκωνε το παιδί συνέχεια με φαί, ακόμα και όταν εκείνο αντιδρούσε στο υπερβολικό τάισμα. Ο ίδιος ο αδερφός της μητέρας που ήρθε να μείνει για μερικές ημέρες αντέδρασε έντονα στον υπερβολικό τρόπο με τον οποίο η μητέρα τάιζε το παιδί.

Ο ψυχίατρος που παρακολουθούσε την μητέρα ανέφερε ότι εκείνη υπέφερε από ψευδαισθήσεις και ότι η μητέρα αντιλαμβανόταν την κόρη της σαν αδύνατη και ασθενική ακόμα και όταν ήταν ήδη υπερβολικά παχυσαρική. Η θεραπεία έδειξε ότι το υπερβολικό τάισμα ήταν ένας τρόπος για να δείχνει η μητέρα την αγάπη της στο παιδί, αλλά και μία έκφραση μίσους, γιατί το υπερβολικό πάχος σχεδόν σκότωσε το παιδί, του οποίου η άφιξη έσωσε ένα γάμο στον οποίο η μητέρα ένοιωθε μόνη και παγιδευμένη. Μετά από 4 χρόνια η μητέρα γέννησε ένα αγόρι και μετά από 1 χρόνο ένα κορίτσι τα οποία τα ανέθρεψε κανονικά χωρίς κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα διατροφής ή συμπεριφοράς.

Αυτή η λανθασμένη από την μητέρα αντίληψη των αναγκών του παιδιού της και της ίδιας της συμπεριφοράς, δια φωτίζει με ένα υπερβολικό τρόπο πόσο πολύπλοκοι είναι οι παράγοντες που οδηγούν στο υπερβολικό τάισμα ενός παιδιού και πώς αυτοί σχετίζονται με ψυχολογικά και διαπροσωπικά προβλήματα».

Η ίδια η Bruch (1973), τονίζει ότι η παιδική παχυσαρξία είναι ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα και ότι τα παιδιά που κατορθώνουν να την αντιμετωπίσουν και να την ξεπεράσουν είναι εκείνα που αποφασίζουν από δική τους και μόνο πρωτοβουλία να θεραπευτούν, από αυτήν. Συνήθως τα παιδιά δεν έχουν τόσο κατεστραμμένη την εικόνα του εαυτού τους. Όταν αντιληφθούν το κοινωνικό στίγμα και εμπόδιο που αποτελεί η παχυσαρξία τότε αποφασίζουν

να αδυνατίσουν ή αν δεν αποφασίσουν να αδυνατίσουν τότε δέχονται τον εαυτό τους όπως είναι χωρίς να τον κατηγορούν για το βάρος τους.

Μία σημαντική συνεισφορά της ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι η διερεύνηση της αντιμεταβίβασης σε σχέση με την ψυχανάλυση εφήβων και ενηλίκων που υποφέρουν από παχυσαρκία (Drell, 1988).

Σύμφωνα με τον Drell (1988), ο όρος της αντιμεταβίβασης περιλαμβάνει όλα τα συναισθήματα και τις σκέψεις που ο θεραπευτής έχει προς τον ασθενή τόσο σε συνειδητό, όσο και σε ασυνειδητο επίπεδο. Εξετάζοντας το θέμα της αντιμεταβίβασης σε σχέση με τον παχύσαρκο ασθενή είναι απαραίτητο να σημειώσουμε ότι η εμφάνιση του παχύσαρκου ασθενή μπορεί να είναι τόσο αποκρουστική που να φτάνει σε σημείο παραμόρφωσης. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι ικανός να ελέγχει τα συναισθήματά του, όπως και να μπορεί να συζητά συναισθήματα των ασθενών του που αφορούν την παχυσαρκία. Με τον τρόπο αυτό η παχυσαρκία συνδέεται με εσωτερικές συγκρούσεις. Επειδή η παχυσαρκία αποτελεί κοινωνικό στίγμα, προκαλεί διακρίσεις και δυσάρεστα συναισθήματα ακόμα και ανάμεσα στους ειδικούς της ψυχικής υγείας (Drell, 1988).

Το θέμα της αντιμεταβίβασης στην θεραπεία του παχύσαρκου ασθενή μπορεί να περιπλέκεται από τους ακόλουθους παράγοντες (Drell, 1988).

1. Ο ψυχοθεραπευτής να είναι ο ίδιος παχύσαρκος.
2. Ο θεραπευτής να έχει επόπτη ο οποίος είναι παχύσαρκος.
3. Ο θεραπευτής να κάνει δίαιτα τον καιρό που κάνει θεραπεία στον παχύσαρκο ασθενή.
4. Ο θεραπευτής να έχει γονέα ή αδέρφια παχύσαρκους.
5. Ο θεραπευτής να βιώνει τις απαιτήσεις του παχύσαρκου ασθενή υπερβολικές όπως ακριβώς η όρεξη του.
6. Ο θεραπευτής μπορεί να ανησυχεί ότι η ακατάσχετη όρεξη του παχύσαρκου ασθενή του μπορεί να είναι μία αργή αυτοκτονία και να μπει στην διαδικασία να τον σώσει.

Η αντιμεταβίβαση είναι ένα περίπλοκο θέμα το οποίο καθιστά απαραίτητη τη χρήση της εποπτείας από την πλευρά του θεραπευτή που ασχολείται με παχύσαρκους ασθενείς (Drell, 1988).

Η ψυχαναλυτική θεραπεία με παιδιά έχει τις ρίζες της στο 1909 όταν ο Freud θεράπευσε τον πεντάχρονο Χάνς από την αλογοφοβία του (Cullari, 1998). Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία του παχύσαρκου παιδιού βασίζεται στην ψυχοθεραπευτική συμμαχία (σχέση) ανάμεσα στον παιδοψυχαναλυτή και το παιδί. Αυτή η σχέση παρέχει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον στο οποίο το παιδί είναι ελεύθερο να σιεφτεί για τον εαυτό του και τους άλλους, έχοντας σαν βάση το γεγονός ότι αυξημένη συνειδητότητα για τον ίδιο τον εαυτό και για τους άλλους είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την έναρξη της ψυχολογικής αλλαγής (Cullari, 1998). Πέρα από την σχέση θεραπευτή – παχύσαρκου παιδιού και την ανάπτυξη της συνειδητοποίησης άλλες βασικές αρχές πάνω στις οποίες βασίζεται η ψυχαναλυτική θεραπεία του παχύσαρκου παιδιού είναι η διορθωτική συναισθηματική εμπειρία, η ψυχοκάθαρση, η υποβολή και η αναπτυξιακή έλξη (Cullari, 1998).

Η συναισθηματική διορθωτική εμπειρία αναφέρεται στην αντιστάθμιση των αρνητικών εμπειριών που μπορεί να είχε το παιδί και που το οδήγησαν στην παρούσα κατάσταση. Παραδείγματος χάρη, η ευγένεια και το θετικό συναίσθημα από τον θεραπευτή μπορούν να βοηθήσουν εν μέρει να αντισταθμιστούν προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες του παιδιού. Η ψυχοκάθαρση αναφέρεται στην έκφραση καταπιεσμένων συναισθημάτων. Η ψυχανάλυση προσπαθεί να βοηθήσει το παχύσαρκο παιδί, δείχνοντας του τρόπους να αντιμετωπίσει δυσάρεστα συναισθήματα όπως, θλίψη και θυμός και να τα εκφράσει με ένα λογικό τρόπο χωρίς να γίνεται καταστροφικό για τον εαυτό του ή για τους άλλους. Η υποβολή είναι επίσης σημαντική στην ψυχαναλυτική διαδικασία και μπορεί να προκύπτει στις συνεδρίες σαν απόρροια της εμπιστοσύνης του ψυχαναλυτή στην προσπάθεια που κάνει το παιδί για να αλλάξει προς μια θετική κατεύθυνση. Τέλος, η εξελικτική ώθηση αναφέρεται απλώς στην αυξανόμενη ανάπτυξη του παιδιού σε μεγαλύτερα επίπεδα ωριμότητας. Αυτές οι αρχές της ατομικής ψυχαναλυτικής θεραπείας αποτελούν το βασικό λειτουργικό πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται ο ψυχαναλυτής που δουλεύει με παχύσαρκα παιδιά (Cullari, 1998).

Επιπρόσθετα, η παιγνιοθεραπεία ψυχαναλυτικού τύπου χρησιμοποιείται για την ψυχανάλυση του παχύσαρκου παιδιού (Cullari, 1998). Μέσω του παιχνιδιού το παιδί εκφράζει τον εαυτό του και επικοινωνεί με τους άλλους. Το παιχνίδι δείχνει στο παιδί την ευκαιρία να αποκαλύψει τις φαντασιώσεις του ή να εκφράσει έντονα συναισθήματα όπως θυμό, φόβο, θλίψη ή ένταση. Το παιχνίδι βελτιώνει τις κινητικές λειτουργίες εξασκώντας τους σωματικούς μύες και αναπτύσσοντας την διεύρυνση του συντονισμού ανάμεσα στο σώμα και το συναίσθημα. Το παιχνίδι επίσης χρησιμεύει σαν έναν από τους πιο σημαντικούς τρόπους με

τους οποίους το παιδί μαθαίνει. Μέσω του παιχνιδιού το παιδί μαθαίνει τις διάφορες κοινωνικές λειτουργίες όπως την υιοθέτηση και το παίξιμο ρόλων όπως και το πώς αναπτύσσονται οι διαπροσωπικές σχέσεις. Το παιχνίδι ενθαρρύνει την συνεργασία και την τήρηση κανόνων και ορίων. Τέλος το παιχνίδι χρησιμεύει στην ανάπτυξη γνωστικών ικανοτήτων αυξάνοντας την αυτοσυγκέντρωση και διευκολύνοντας την ανάπτυξη και διεύρυνση του λεξιλογίου καθώς και την εκμάθηση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων (Cullari, 1998).

Η παιγνιοθεραπεία ψυχαναλυτικού τύπου βλέπει το παιχνίδι σαν θεραπευτικό μέσο από μόνο του αλλά κυρίως συντελεί στο να ερμηνευτούν οι εσωτερικές συγκρούσεις, φαντασιώσεις και επιθυμίες του παιδιού. Τα υλικά που συνήθως χρησιμοποιούνται στην παιγνιοθεραπεία είναι κούβλες, όπλα, κραγιόν, μπογιές, χαρτί, ψαλίδι, κουκλοθέατρο και επιτραπέζια παιχνίδια. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να παρατηρεί, να ερμηνεύει και να εξηγεί στο παιδί τη φύση της σύγκρουσης του με σκοπό να παρέχεται κατανόηση του προβλήματος και να βρίσκεται η κατάλληλη λύση (Cullari, 1998).

Ο Cullari (1998) περιγράφει την περίπτωση μιας δεκατετράχρονης παχύσαρκης Αφροαμερικανίδας που ζύγιζε 220 κιλά και επιπλέον υπέφερε από διαβήτη τύπου 1 και κατάθλιψη για την οποία λάμβανε αντικαταθλιπτικά. Ο διαβήτης της κοπέλας ήταν τόσο σοβαρός που απαιτούσε την χορήγηση τριών δόσεων ινσουλίνης ημερησίως. Η Nancy οδηγήθηκε στην μονάδα αντιμετώπισης παιδικού διαβήτη (ΜΑΠΔ) του τοπικού παιδιατρικού νοσοκομείου όταν μετά από ένα επεισόδιο έντονης πολυφαγίας έπεσε σε διαβητικό κώμα για το οποίο νοσηλεύτηκε στην μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) του νοσοκομείου για δέκα μέρες. Όταν συνήλθε από το κώμα μεταφέρθηκε στην ΜΑΠΔ του παιδιατρικού νοσοκομείου όπου πέρα από την καθεαυτού ιατρική νοσηλεία για τον έλεγχο του διαβήτη, υποβλήθηκε σε ψυχαναλυτική θεραπεία τρεις φορές εβδομαδιαία για δύομισι χρόνια. Επειδή τα ταμεία αρνούσαν να καλύψουν την δαπάνη για την ψυχανάλυση της κοπέλας, οι γονείς της αναγκάστηκαν να πάρουν δάνειο από την τράπεζα για να πληρώσουν το νοσοκομείο. Ένα μειονέκτημα της ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι ότι είναι μακρόχρονη και δαπανηρή. (Cullari, 1998).

Οι τεχνικές που χρησιμοποίησε ο ψυχαναλυτής της Nancy ήταν κυρίως παιγνιοθεραπεία που περιελάμβανε ζωγραφική με κραγιόν ή παστέλι, ελεύθερο συνειρμό- όπου το παιδί έλεγε ότι του ερχόταν στο νου, χωρίς καμία επιφύλαξη- και ερμηνεία του ελεύθερου συνειρμού. Η

ερμηνεία είναι η διεργασία με την οποία ο ψυχαναλυτής οδηγεί τον ψυχαναλυμένο να αντιληφθεί και να κατανοήσει κάποια πλευρά των προβλημάτων του, της συμπεριφοράς του ή των αμυνών, των συγκρούσεων, επιθυμιών ή ακόμα και των ονείρων (Cullari, 1998).

Η ψυχανάλυση οδήγησε σε αργή αλλά σταθερή βελτίωση της Nancy μετά τον δέκατο μήνα θεραπείας και ενώ η ίδια και οι γονείς της είχαν αρχίσει να απελπίζονται με την έκβαση και τα έξοδα της θεραπείας. Έτσι μέσα από την ψυχαναλυτική θεραπεία η Nancy συνειδητοποίησε, ότι δεν χρειάζεται να καταφεύγει στο φαγητό κάθε φορά που θύμωνε με τους γονείς της να τους τιμωρεί αρνούμενη να κάνει τις ενέσεις ινσουλίνης που της ήταν τόσο απαραίτητες. Ανακάλυψε επίσης ότι μπορούσε να έχει την προσοχή και το νοιάξιμο των άλλων όχι πλέον όταν αρρώστανε βαριά από τον διαβήτη ή βυθιζόταν στην πιο βαθιά κατάθλιψη αλλά κάνοντας σχέση με τους άλλους ανθρώπους με πιο άμεσους και δημιουργικούς τρόπους, χωρίς να αυτοκαταστρέφεται (Cullari, 1998).

Η θεραπεία ψυχαναλυτικού τύπου τα τελευταία 25 χρόνια χρησιμοποιείται όλο και λιγότερο τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (Murphy και οι συνεργάτες τους, 2005). Οι κύριοι λόγοι είναι ότι διαρκεί πολύ (μέσος όρος, 3 χρόνια), τα αποτελέσματα γενικά είναι φτωχά και υπάρχουν άλλες θεραπείες οι οποίες έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε λιγότερο χρόνο όπως η συμπεριφοριστική, η γνωσιακή – συμπεριφοριστική και η συστημική – οικογενειακή (Murphy και οι συνεργάτες τους, 2005).

Τα τελευταία χρόνια γίνεται μία προσπάθεια να χρησιμοποιηθούν βραχύχρονες ψυχαναλυτικές θεραπείες (5-10 μήνες) σε συνδυασμό με συμπεριφοριστικές τεχνικές με ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Murphy και οι συνεργάτες τους, 2005). Έτσι, σε μία ομάδα 14 γυναικών ηλικίας 16-42 ετών, εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα που συνδύαζε βραχύχρονη ψυχαναλυτική θεραπεία μαζί με συμπεριφοριστικές τεχνικές, για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και της βουλιμίας (Murphy και οι συνεργάτες τους, 2005).

Το πρόγραμμα των Murphy και των συνεργατών τους (2005), περιελάμβανε τα ακόλουθα: Μία αρχική συνεδρία αξιολόγησης, ατομικές εβδομαδιαίες συνεδρίες που κυμαίνονταν σε αριθμό από 20-40 ανάλογα με την περίπτωση. Ένα σημαντικό στοιχείο της θεραπείας ήταν η αποδοχή του συμβολαίου που περιελάμβανε το ημερήσιο συμπλήρωμα ενός ημερολογίου όπου καταγράφονταν όλες οι συμπεριφορές που αφορούσαν το φαγητό καθώς και η καταγραφή των συναισθημάτων (συμπεριφοριστικές τεχνικές). Επιπλέον ο ορισμός και η

συμμόρφωση σε ένα συγκεκριμένο διαιτητικό πρόγραμμα καθώς και το ζύγισμα σε εβδομαδιαία βάση. Ο συνδυασμός των συμπεριφοριστικών τεχνικών αυτών μαζί με την βραχύχρονη θεραπεία ψυχαναλυτικού τύπου, είχε ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, για τις 10 από τις 14 γυναίκες που ολοκλήρωσαν την θεραπεία (Murphy και οι συνεργάτες τους, 2005).

Εάν αυτά τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας επαναληφθούν με ένα μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, τότε θα αποτελούν μία σημαντική ένδειξη ότι βραχύχρονες ψυχαναλυτικές θεραπείες θα μπορούν να συνδυαστούν με συμπεριφοριστικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της εφηβικής και ενήλικης παχυσαρκίας και βουλιμίας. Παρόλο που είναι πρόωρο να μιλάμε για γενίκευση της συγκεκριμένης μεθόδου τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά (Murphy και οι συνεργάτες τους, 2005).

2.4.β ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Ο Ivan Pavlov θεωρείται ο πατέρας της θεραπείας τροποποίησης συμπεριφοράς ή συμπεριφοριστικής θεραπείας όπως λέγεται. Οι παρατηρήσεις του Pavlov για την κλασική εξαρτημένη μάθηση θεωρούνται οι βάσεις αυτής της θεωρίας. Πιο συγκεκριμένα ο Pavlov αντιλήφθηκε ότι οι σκύλοι στη θέα του κρέατος εκκρίνουν αυτομάτως σάλιο (ανεξάρτητη αντίδραση). Έτσι ο Pavlov συνδύασε την εμφάνιση του κρέατος με τον ήχο ενός κουδουνιού (εξαρτημένο ερέθισμα). Μετά από ένα αριθμό επαναλήψεων οι σκύλοι έκριναν σάλιο όταν άκουγαν το κουδούνι χωρίς την εμφάνιση του κρέατος (εξαρτημένη αντίδραση). Αυτή η καινούργια συμπεριφορά μπορούσε να αποσβεστεί όταν με το επαναλαμβανόμενο χτύπημα του κουδουνιού δεν ακολουθούσε κρέας (Kovell, 1991). Θεμελιακό αξίωμα του συμπεριφορισμού είναι η παραδοχή ότι ο οργανισμός θεωρείται ως εξαρτημένη μεταβλητή των περιβαλλοντικών επιδράσεων και κατά συνέπεια η συμπεριφορά του διαμορφώνεται και ελέγχεται από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Kovell, 1991).

Μία άλλη θεμελιώδης έννοια στην εξέλιξη και ανάπτυξη της συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι η συντελεστική εξαρτημένη μάθηση (η οποία είναι και γνωστή και σαν εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση ή ως ενίσχυση) υπό των F.B Skinner. Ο Skinner κατέδειξε ότι η πιθανότητα εμφάνισης συγκεκριμένων συμπεριφορών μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί αν την συμπεριφορά αυτή ακολουθήσει ένα γεγονός που την «ενισχύει». Αν το γεγονός είναι θετικό (επιβράβευση, χρήματα, φαγητό κ.λπ.) αυξάνει την πιθανότητα να εμφανιστεί η συγκεκριμένη συμπεριφορά και συνιστά θετική ενίσχυση. Μπορεί όμως το γεγονός να

ακολουθείται από μία δυσάρεστη συμπεριφορά (όπως επίπληξη, κριτική) που δρα επίσης σαν ενίσχυση της συμπεριφοράς. Αυτό είναι γνωστό σαν αρνητική ενίσχυση (Kovell, 1991).

Η συμπεριφοριστική θεραπεία απογειώθηκε όταν το 1958 ο J.Wolpe παρουσίασε την συστηματική απευαισθητοποίηση. Η θεραπεία αυτή περιελάμβανε την διδασκαλία τεχνικών χαλάρωσης σε φοβικούς πελάτες την στιγμή που φαντάζονταν την φοβική κατάσταση ή το φοβικό αντικείμενο (Kovell, 1991). Μέχρι την δεκαετία του 1970 η συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία είχε καθιερωθεί σαν θεραπεία επιλογής σε μία πλειάδα προβλημάτων που αφορούσαν τόσο τους ενήλικες όσο και τα παιδιά. Προβλήματα όπως αγχώδεις διαταραχές, φοβίες, ψυχαναγκαστική διαταραχή, σεξουαλικά προβλήματα, ψυχοσωματικά προβλήματα, μετατραυματικό στρες καθώς και ψυχώσεις αντιμετωπιζόνταν με συμπεριφοριστική θεραπεία (Kovell, 1991).

Περαιτέρω εξέλιξη υπήρξε στην συμπεριφοριστική θεωρία και θεραπεία με την θεωρία της κοινωνικής μάθησης του A.Bandura. Ο Bandura βλέπει την ανθρώπινη συμπεριφορά σαν προϊόν μάθησης. Τόνισε ιδιαίτερα την σπουδαιότητα της μιμητικής μάθησης και της μάθησης μέσω προτύπων. Ο Bandura έδωσε επίσης μεγάλη έμφαση στις ενδοατομικές διαφορές που υπάρχουν από άνθρωπο σε άνθρωπο (Kovell, 1991) όσον αφορά την διαδικασία της μάθησης.

Ο D.Meichenbaum μέσα από την ψυχοθεραπευτική δουλειά του καθώς και μέσα από έρευνες παρατήρησε ότι οι άνθρωποι περνούν ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους παρατηρώντας τις σκέψεις, τη συμπεριφορά μας, τις επιθυμίες κ.λπ. και συχνά έχουν συγκρούσεις προσπαθώντας να βρουν λύσεις. Ο άνθρωπος δηλαδή κάνει ένα είδος εσωτερικού διαλόγου που επηρεάζει την σκέψη και την συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα αυτός ο εσωτερικός διάλογος επιδρά πάνω στην προσοχή και στο σύστημα αξιολόγησης του περιβάλλοντος, πάνω στις αντιδράσεις (τύπους συμπεριφοράς) και στην εύρεση καινούργιων λύσεων (Kovell, 1991).

Τέλος ο F.Kanfer ξεχώρισε για την έμφαση που έδωσε στην σπουδαιότητα των αντιληπτικών διεργασιών καθώς και στην σπουδαιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Έτσι σε κάθε καινούργια κατάσταση το άτομο μαθαίνει να βλέπει καινούργιες πλευρές του περιβάλλοντος και της δικής του προσωπικότητας, δηλαδή το άτομο βρίσκεται συνεχώς σε μία διαδικασία μάθησης η οποία το κάνει να βλέπει το περιβάλλον και τον εαυτό του με

καινούργιο μάτι. Αυτή η αλλαγή, επηρεάζει τις αντιδράσεις του και την συμπεριφορά του. Η μεγαλύτερη συνεισφορά του Kanfer όμως υπήρξε η ερευνά του πάνω στο θέμα του αυτοελέγχου, της ατομικής επίδρασης που έχει στη συμπεριφορά η ενσυνείδητη επεξεργασία των ερεθισμάτων. Ο άνθρωπος δεν είναι έρμαιο των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος αλλά μπορεί να διαμορφώσει την συμπεριφορά του μέσω του αυτοελέγχου.

Η συμπεριφοριστική θεραπεία είναι εκείνη που έχει χρησιμοποιηθεί και χρησιμοποιείται περισσότερο από κάθε άλλη στην αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας (Robinson, 1999). Ανάμεσα στους συμπεριφοριστές που ασχολήθηκαν με την παιδική και εφηβική παχυσαρκία ξεχωρίζει ο L.H.Epstein τόσο για το ερευνητικό του όσο και το ψυχοθεραπευτικό του έργο (Robinson, 1999).

Οι κύριες συμπεριφοριστικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας είναι κατά τον Epstein (1990):

1. **Αυτοέλεγχος – Αυτορύθμιση** : Αυτά επιτυγχάνονται μέσω αυτοπαρατήρησης και αυτοκαταγραφής των τροφών και των θερμίδων που προσλαμβάνονται καθώς και καταγραφής του βάρους έτσι ώστε το παιδί να αποκτήσει την ικανότητα – δεξιότητα αυτοελέγχου.
2. **Σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών**. Είναι ένα σύστημα σύμφωνα με το οποίο το παιδί κερδίζει κουπόνια ή πόντους για να ανταμειφτεί, για την εμφάνιση ή διατήρηση συμπεριφορών που στηρίζουν την απώλεια βάρους ή και την αύξηση σωματικής δραστηριότητας.
3. **Θέσιμο στόχων** : Τα παιδιά ενθαρρύνονται να θέτουν εβδομαδιαίους στόχους απώλειας βάρους.
4. **Περιβαλλοντολογικός έλεγχος ερεθισμάτων** : Συνεδρίες με τα παιδιά ή και τους γονείς γίνονται ώστε να δίδεται ιδιαίτερη σημασία και προσοχή στα περιβαλλοντολογικά και εξωτερικά ερεθίσματα. Συνήθως αυτό αφορά την αφαίρεση τροφών πλούσιων σε θερμίδες από το σπίτι και την διαθεσιμότητα οργάνων ή εξοπλισμού γυμναστικής στο σπίτι για σωματική άσκηση.

5. **Κοινωνική ενίσχυση – Παρότρυνση** : Οι γονείς και τα παιδιά διδάσκονται και μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τις τεχνικές της θετικής ενίσχυσης και της μίμησης ρόλων – πρότυπων που αφορούν αλλαγές στο φαγητό και την σωματική άσκηση. Για παράδειγμα αλλαγές στον τρόπο του φαγητού, αφορούν την επιβράδυνση στην ταχύτητα μάσησης του φαγητού. Μέσω της μίμησης ρόλων – προτύπων και της εξάσκησης στο παίξιμο ρόλων τα παιδιά μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις όπως για παράδειγμα όταν τα κοροϊδεύουν ή τα βρίζουν άλλα παιδιά για το βάρος τους, στο σχολικό περιβάλλον.
6. **Συμβόλαιο με χρηματική ανταμοιβή** : Κατάθεση κάποιου χρηματικού ποσού στην αρχή της θεραπείας. Τα χρήματα αυτά δίνονται σαν αμοιβή όταν καλύπτονται οι διάφοροι στόχοι μέσα στο θεραπευτικό πρόγραμμα.
7. **Λύση προβλημάτων** : Τα παιδιά ή και οι γονείς που συμμετείχαν σε συνεδρίες ή σε ομάδες λύσης προβλημάτων έμαθαν να αντιμετωπίζουν τα διάφορα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά την διάρκεια της θεραπείας αλλά και πως να διατηρούν το βάρος ή και να το μειώνουν μετά την αποπεράτωση της θεραπείας.

Η θεωρία της τροποποίησης συμπεριφοράς δεν έχει χρησιμοποιηθεί μόνο για την αντιμετώπιση και θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας αλλά και για την πρόληψη της (Robinson, 1999).

Οι Summerbell και οι συνεργάτες τους (2003) έκαναν μία ανασκόπηση των προγραμμάτων πρόληψης που εφαρμόζονται σε ορισμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και συγκεκριμένα αναφέρουν ότι τα προγράμματα γενικά έχουν βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα και με το πέρασμα του χρόνου μειώνεται η αποτελεσματικότητά τους.

Ειδικότερα οι Summerbell και οι συνεργάτες τους (2003) αναφέρουν τις ακόλουθες χώρες όπου εφαρμόζονται προγράμματα πρόληψης παιδικής παχυσαρκίας:

1. **Αυστρία, πρόγραμμα Presto**, για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εφαρμόζεται σε ένα σχολείο της Βιέννης σε 250 παιδιά ηλικίας 10 – 11 ετών, τους γονείς τους, τους δασκάλους τους και τους παιδίατρος που τα φροντίζουν. Η ομάδα που εφαρμόζει το Presto αποτελείται από ένα γιατρό,

ένα ψυχολόγο, έναν διαιτολόγο και ένα γυμναστή. Μέσα από παιχνίδια για 11 εβδομάδες τα παιδιά σε συνεδρίες της μίας ώρας εβδομαδιαία, εκπαιδεύτηκαν πως θα τρέφονταν καλύτερα ενώ παράλληλα συμμετείχαν σε ημερήσιο εντατικό πρόγραμμα γυμναστικής που ήταν διαμορφωμένο έτσι ώστε όλα τα παιδιά να μπορούν να συμμετέχουν ανεξάρτητα από το βάρος τους. Παράλληλα γίνεται ενημέρωση των γονέων, των δασκάλων και των παιδιάτρων των παιδιών για τις συνέπειες της σωστής διατροφής και της σωματικής άσκησης και της μείωσης της καθιστικής συμπεριφοράς. Ο στόχος ήταν κυρίως τα παιδιά, αλλά και ο άμεσος περίγυρος τους να συνειδητοποιήσουν μέσα από το παιχνίδι και τη διασκέδαση τις συνέπειες της σωστής διατροφής και της άσκησης. Τα πρώτα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά μετά το τέλος του προγράμματος, αλλά στον επανέλεγχο μετά από 1 και 2 χρόνια αντίστοιχα μειωνόταν σταθερά η αποτελεσματικότητά του.

2. **Ιταλία, πρόγραμμα C10P**, πιλοτικό ετήσιο πρόγραμμα πρόληψης της παχυσαρκίας στο Brindisi, μια περιοχή όπου υπάρχουν υψηλά ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αφορά: α) οικογενειακούς παιδιάτρους οι οποίοι ασχολούνται με παιδιά ηλικίας κάτω των 6 ετών. β) δασκάλους παιδικών σταθμών και νηπιαγωγείων οι οποίοι είναι υπεύθυνοι παιδιών ηλικίας όπου αρχίζουν να διαμορφώνονται οι διατροφικές τους συνήθειες. γ) δασκάλους δημοτικού σχολείου οι οποίοι θα χρησιμεύσουν σαν πολύ ισχυρά πρότυπα συμπεριφοράς για τα παιδιά του δημοτικού σχολείου. δ) μονάδες διατροφής παιδιατρικών νοσοκομείων και δήμων και κοινοτήτων οι οποίες θα ελέγχουν την καταλληλότητα των σχολικών γευμάτων. ε) ειδικούς σωματικής αγωγής οι οποίοι θα διαμορφώνουν καθημερινά προγράμματα σωματικής άσκησης για τα παιδιά του δημοτικού σχολείου. Επιπλέον οι γονείς εκπαιδεύονται για την σημασία της σωστής διατροφής και άσκησης και μείωσης των παιδικών διαφημίσεων που αφορούν παιδικές τροφές. Ο στόχος του συγκεκριμένου προγράμματος ήταν να εκπαιδευτούν παιδιά και γονείς μέσω του προγράμματος σε υγιεινές συνήθειες διατροφής και άσκησης οι οποίες θα γίνονταν τρόπος ζωής, όμως τα αποτελέσματα ήταν φτωχά (2000) πράγμα που αποδείχτηκε στην κακή νοοτροπία των κατοίκων του Ιταλικού Νότου που βλέπουν με καχυποψία τις όποιες προσπάθειες αλλαγής τρόπου ζωής από την κεντρική κυβέρνηση.

3. **Γαλλία, εξάμηνο σχολικό πρόγραμμα στο Creteil**, σε παιδιά ηλικίας 12 – 13 ετών της πρώτης τάξης του γυμνασίου εφαρμόστηκε σε 489 υπέρβαρα παιδιά με στόχο να μη γίνουν παχύσαρκα. Τα παιδιά ήταν γραμμένα σε 94 σχολεία. Το πρόγραμμα περιελάμβανε εκπαίδευση στη σωστή διατροφή, πρόγραμμα καθημερινής σωματικής άσκησης, συνεδρίες με τις σχολικές νοσοκόμες και ενημέρωση των γονέων για τις καταστροφικές συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας. Στο τέλος του προγράμματος (2002) υπήρξε μια γενικευμένη μείωση του Δείκτη Μάζας Σώματος στο 50% των παιδιών μετά από 6 μήνες όμως το ποσοστό είχε πέσει στο 25%. Η Επιτροπή Διατροφής του Υπουργείου Υγείας των ΗΠΑ (2003) πρότεινε τα ακόλουθα μέτρα για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας :
- α) Να εντοπισθούν τα παιδιά και οι έφηβοι που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο παιδικής παχυσαρκίας ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική ή εθνική ή πολιτιστική ομάδα στην οποία ανήκουν.
 - β) Να γίνεται έλεγχος του Δείκτη Μάζας Σώματος σε όλα τα παιδιά και τους εφήβους μια φορά το χρόνο.
 - γ) Να ενθαρρύνονται οι γονείς ώστε να μάθουν στα παιδιά τους να τρέφονται με τροφές χαμηλές σε λιπαρά και πλούσιες σε φυτικές ίνες.
 - δ) Να διευκολύνουν οι γονείς την σωματική άσκηση των παιδιών τους τόσο μέσω παιχνιδιού, όσο και μέσω διαφόρων αθλημάτων και διασκέδασης έτσι ώστε να μειώνονται οι καθιστικές συμπεριφορές όσο το δυνατό περισσότερο.
 - ε) Περιορισμός του χρόνου τηλεόρασης και video – games σε 2 ώρες το πολύ την ημέρα.
 - στ) Να βοηθηθούν οι γονείς, οι δάσκαλοι, οι προπονητές και όσοι άλλοι επηρεάζουν την νεολαία να συζητούν και να διαδίδουν την αξία των υγιεινών συνηθειών που προλαμβάνουν την παιδική παχυσαρκία.
 - ζ) Να πιεστούν οι πολιτικοί να πάρουν μέτρα που θα περιορίζουν τις παιδικές διαφημίσεις που αφορούν το φαγητό όπως και να μειωθούν τα ποσοστά του λίπους, ζάχαρης και αλατιού που υπάρχουν σε παιδικές τροφές και μικρογεύματα για παιδιά.
 - η) Να χρηματοδοτηθούν προγράμματα για την πρόληψη και θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο και να γίνει ευρεία κάλυψη των προγραμμάτων αυτών από τον τύπο.

2.4. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωσιακή (γνωστική) συμπεριφοριστική θεραπεία βασίζεται στην βασική αρχή ότι ο τρόπος που σκέφτεται κανείς επηρεάζει την συμπεριφορά και τα συναισθήματα του (Graham, 2005). Από την αρχαία Ελλάδα ακόμα οι Στωικοί φιλόσοφοι αναγνώριζαν ότι ο φόβος, ιδιαίτερα ο φόβος της οικονομικής καταστροφής και ο φόβος του θανάτου μπορεί να

μετριασθεί ή και να εξαφανισθεί τελείως αν αλλάξει κανείς το τρόπο που σκέφτεται γι' αυτό. Το 63 μΧ ο Ρωμαίος στωικός φιλόσοφος Σενέκας έλεγε ότι τίποτα δεν είναι καλό ή κακό αλλά ο τρόπος που σκεφτόμαστε για κάτι το κάνει να είναι είτε το ένα, είτε το άλλο (Graham, 2005).

Η ανάπτυξη της γνωστικής ψυχολογίας την δεκαετία του 1950 άνοιξε το δρόμο για μία νέα κατανόηση της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας. Η γνωστική ψυχολογία γεννήθηκε από την σύγκλιση ιδεών διαφόρων διακεκριμένων επιστημόνων από τελείως ξεχωριστούς επιστημονικούς χώρους (Graham, 2005). Ο Alan Turing, μαθηματικός, έθεσε τις βάσεις της σύγχρονης επιστήμης των υπολογιστών και ταυτόχρονα κατέδειξε ότι η λειτουργία του εγκεφάλου μπορούσε να εξηγηθεί όπως αντίστοιχα εκείνη των υπολογιστών με βάση ένα δυαδικό κώδικα. Ο Norbert Wiener φυσικός μαθηματικός που είχε δουλέψει πάνω στην τεχνολογία των τηλεκατευθυνόμενων βλημάτων, δημιούργησε και ανέπτυξε την επιστήμη της κυβερνητικής σύμφωνα με την οποία το ανθρώπινο μυαλό είναι ένα αυτοκυβερνώμενο όργανο ελέγχου και επικοινωνίας. Ο Noam Chomsky, γλωσσολόγος κατέδειξε τους κανόνες που διέπουν την ανάπτυξη της γλώσσας στον άνθρωπο και ανέπτυξε την έννοια της «οικομενικής γραμματικής», η οποία καθορίζεται από παρόμοιες γλωσσικές διαδικασίες σε όλες τις γλώσσες του κόσμου (Graham, 2005).

Επιπλέον, η ανάπτυξη και η εκτεταμένη χρήση νευροψυχολογικών tests πάνω σε ασθενείς με εγκεφαλικές βλάβες επέτρεψε να επαληθευτούν ή να απορριφθούν διάφορες θεωρίες για τις γνωσιακές λειτουργίες του εγκεφάλου. Από όλες αυτές τις διαφορετικές πηγές γεννήθηκε η γνωστική ψυχολογία (Graham, 2005).

Μέσα σε αυτό το κλίμα ο Aaron Beck μέσα από την ψυχοθεραπευτική δουλειά του με καταθλιπτικούς διατύπωσε την άποψη ότι η κατάθλιψη αποτελεί μία διαταραχή της σκέψης. Με το πέρασμα του χρόνου ο Beck διεύρυνε το μοντέλο του και το προσάρμοσε στην θεραπεία όλων των ψυχολογικών προβλημάτων συμπεριλαμβανομένων της αγχώδους διαταραχής, των διαταραχών διατροφής και της σχιζοφρένειας (Graham, 2005).

Σύμφωνα με το μοντέλο του Beck η διαστρεβλωμένη ή δυσλειτουργική σκέψη βρίσκεται στην βάση όλων των ψυχολογικών προβλημάτων. Δεν είναι οι καθημερινές εμπειρίες που προκαλούν τα προβλήματα αλλά ο τρόπος που ο άνθρωπος σκέφτεται για αυτές τις εμπειρίες και τις επεξεργάζεται (Graham, 2005). Ο όρος «σχήμα» χρησιμοποιήθηκε από

τον Beck για τις υποθετικές γνωστικές δομές οι οποίες λειτουργούν σαν πρότυπα με βάση τα οποία γίνεται η επεξεργασία των εισερχομένων πληροφοριών. Συνεπώς ένα άτομο με το σχήμα «είμαι άσχημος» τείνει να διαστρεβλώνει τις εισερχόμενες πληροφορίες με τρόπο ώστε να ταιριάζουν με την πεποίθησή του. Αν η κοπέλα του συγκεκριμένου ατόμου του επαναλαμβάνει ότι είναι όμορφος εκείνος πιστεύει ότι πραγματικά είναι άσχημος και εκείνη του το λέει επειδή τον λυπάται (Graham, 2005).

Η αλλαγή στην γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία επέρχεται μέσα από την τροποποίηση και αλλαγή των διαστρεβλωμένων και δυσλειτουργικών πεποιθήσεων του ατόμου (Graham, 2005).

Σύμφωνα με τον Graham (2005) οι κύριες γνωστικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία είναι οι ακόλουθες:

1. Ανάλυση των υπέρ και των κατά μίας κατάστασης ή μίας πεποίθησης έτσι ώστε αυτή να απελευθερωθεί από το συναισθηματικό της βάρος και να εξεταστεί μέσα από ένα πλαίσιο λογικής.
2. Γνωστική πρόβα μέσα από το παίξιμο ρόλων με τον θεραπευτή ο ασθενής εξοικειώνεται και μπορεί να αντιμετωπίσει πιο εύκολα πραγματικές ή φανταστικές καταστάσεις.
3. Εναλλακτικές προοπτικές, παραδείγματος χάριν πώς θα αντιμετώπιζε το ίδιο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ασθενής κάποιος που θαυμάζει ή εγκρίνει.
4. Με την χρήση της αυτόματης σκέψης, πράγμα το οποίο βοηθάει τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τις δικές τους αυτόματες σκέψεις και έτσι να κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι επηρεάζουν την συμπεριφορά τους και τα συναισθήματά τους.
5. Έλεγχος της πραγματικότητας. Αυτό βασικά γίνεται μέσα από ενδελεχή έλεγχο και εξέταση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των δυσλειτουργικών και διαστρεβλωμένων σκέψεων.

Επιπλέον, ξέχωρα από τις γνωσιακές τεχνικές η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία χρησιμοποιεί και μία ευρεία κλίμακα συμπεριφοριστικών τεχνικών όπως χαλάρωση, συστηματική απευαισθητοποίηση, διαβαθμιζόμενη έκθεση (Graham, 2005).

Η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελεί μία από τις περισσότερο μελετημένες θεραπευτικές προσεγγίσεις και έχει βρεθεί ότι είναι πραγματικά αποτελεσματική για την πλειάδα των προβλημάτων που χρησιμοποιείται (Graham, 2005).

Όσον αφορά τα παιδιά θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη κάποιες συγκεκριμένες παράμετροι για την επιτυχημένη εφαρμογή της γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας (Graham, 2005).

Ενώ οι ενήλικες μπορούν να βοηθηθούν από την γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία μέσω των γνωστικών τεχνικών δεν συμβαίνει ακριβώς το ίδιο με τα παιδιά. Για τα παιδιά ηλικίας 6 – 11 ετών η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία εστιάζει στο τι λέει το παιδί στον εαυτό του και τι θα ήθελε να αποκομίσει και να πετύχει το ίδιο για συγκεκριμένες καταστάσεις. Η γνωστική θεραπεία σε παιδιά αυτής της ηλικίας, μέσα από αυτοδηλώσεις και τεχνικές αυτοκαταγραφή, έχει σαν πρωταρχικό στόχο κυρίως την ανάπτυξη εναλλακτικών στρατηγικών συμπεριφοράς και πολύ λιγότερο αλλαγής του τρόπου σκέψης. Σε παιδιά μικρότερης ηλικίας (κάτω των 6 ετών) χρησιμοποιείται η συμπεριφοριστική θεραπεία, η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία με τους γονείς (Graham, 2005).

Αυτό που πρέπει να έχουμε υπ' όψη μας για τα παιδιά ηλικίας κάτω των 11 ετών είναι ο βαθμός της ικανότητας του παιδιού να αξιολογήσει ανεξάρτητα τις πράξεις του. Η βασική μορφή καθοδήγησης για τα παιδιά αυτά εκφράζεται κυρίως μέσα από τους γονείς ή τους δασκάλους τους. Αυτό που συχνά αποκαλύπτεται μέσα από την γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία είναι ότι οι ίδιοι οι γονείς και οι δάσκαλοι έχουν πεποιθήσεις οι οποίες εντείνουν το πρόβλημα του παιδιού. Αν αυτό συμβαίνει, η γνωσιακή θεραπεία των ενηλίκων θα βοηθήσει σημαντικά στην αποκατάσταση του προβλήματος του παιδιού (Graham, 2005).

Η γνωστική ή γνωσιακή θεραπεία είναι μία σχετικά καινούρια μορφή ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιείται με επιτυχία κυρίως στην θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά και στη θεραπεία των αγχώδων διαταραχών, και άλλων διαταραχών όπως οι διαταραχές διατροφής. Βασίζεται στη γνωστική θεωρία του Aron Beck (1983) που υποστηρίζει ότι η βάση για την καταθλιπτική ή την αγχώδη συμπεριφορά και η συμπτωματολογία είναι τα αρνητικά παραμορφωμένα «γνωστικά σχήματα». Με άλλα λόγια, ότι η καταθλιπτική δυσφορία ή το άγχος και οποιαδήποτε άλλα προβλήματα είναι κατά βάση διαταραχές νοητικές (γνωστικές) που ακολουθούνται από τη διαταραχή της διάθεσης.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck (1983) οι αρνητικές απόψεις για τον εαυτό, τον άμεσο διαπροσωπικό κόσμο και το μέλλον (η λεγόμενη γνωστική τριάδα). Κυριαρχούν στην κατάθλιψη μαζί με μη σύντομες με την πραγματικότητα αρνητικές υποθέσεις και γνωστικές παραμορφώσεις ή διαστρεβλώσεις. Όλα τα παραπάνω μαζί με αυτόματες αρνητικές σκέψεις (π.χ. Δεν είμαι αδύνατος αλλά χοντρός – κανείς δε με θέλει για φίλο του γιατί είμαι χοντρός) κρατούν το άτομο σε κατάθλιψη ή καταθλιπτικογόνο ετοιμότητα, καθώς αυτό εκτιμά αρνητικά το ότι συμβαίνει μέσα του, στις σχέσεις του, το τι συνέβη στο παρελθόν ή το τι περιμένει να συμβεί στο μέλλον.

Αυτός ο εσφαλμένος τρόπος σκέψης κάνει το άτομο να υποτιμά τον εαυτό του, την αγάπη ή επιδοκιμασία που του δίνουν ή του έδωσαν, τα επίτευγμα του ή του τι επιφυλάσσει το μέλλον (η γνωστική τριάδα) το οδηγεί σε λάθος συμπεράσματα εξαιτίας των σιωπηλών υποθέσεων (π.χ. «Αν συνεχίσω να παίρνω βάρος, δεν αξίζω», «Αν δεν αδυνατίσω, δεν αξίζω να με αγαπάνε» κ.ά.) και το οδηγεί σε σφάλματα λογικής, δηλαδή σε γνωστικές παραμορφώσεις ή διαστρεβλώσεις. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι ενώ αυτός ο τρόπος εξήγησης (γνωστικός) προωθήθηκε για την δημιουργία της κατάθλιψης με το πέρασμα του χρόνου βρέθηκε ότι παρέχει επαρκή εξήγηση για την δημιουργία και διατήρηση για όλα σχεδόν τα προβλήματα συμπεριφοράς και διάθεσης, όπως αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, παχυσαρκία, τοξικοεξαρτήσεις, κ.α. (Barlow, 1988).

Έτσι σύμφωνα με τον Beck (1983), οι πιο συχνές γνωστικές διαστρεβλώσεις είναι:

1. **Επιλεκτική προσοχή ή επιλεκτική αφαίρεση** το άτομο επιλέγει μια αρνητική λεπτομέρεια και μειώνει την όλη εμπειρία (π.χ. ενώ μια γυναίκα συνήθως του δείχνει

ενδιαφέρον όταν μια μέρα δεν τον χαιρετά, το άτομο το ξεχνά και νομίζει ότι αυτό συνέβη γιατί τον βρίσκει αποκρουστικό ή χοντρού).

2. **Υπεργενίκευση** από ένα μεμονωμένο αρνητικό γεγονός, το άτομο βγάζει γενικά (αρνητικά) συμπεράσματα (π.χ. από ένα τσακωμό με τον συνάδελφο του, θεωρεί ότι δεν τα πάει καλά με κανένα).
3. **Προσωποποίηση** το άτομο ερμηνεύει τα γεγονότα ότι αντανακλούν στην προσωπική του αξία, ενώ στην πραγματικότητα δεν συμβαίνει αυτό (π.χ. ερμηνεύει τα μούτρα του προϊσταμένου πως σημαίνουν ότι δεν κάνει σωστά τη δουλειά του και ότι δεν αξίζει).
4. **Μεγιστοποίηση ή ελαχιστοποίηση** το άτομο μεγιστοποιεί ή ελαχιστοποιεί προς την αρνητική πάντα κατεύθυνση τη σημασία των γεγονότων (π.χ. μια επιτυχία στη δουλειά ή στις εξετάσεις, θεωρείται άνευ σημασίας, γιατί εκτιμάται ότι ήταν εύκολη ή τυχαία, ενώ μια ήττα σε μία παρτίδα τένις θεωρείται απόδειξη ότι δεν θα πετύχει ποτέ πουθενά).
5. **Αυθαίρετη εξαγωγή συμπερασμάτων** το άτομο βγάζει εσφαλμένα αρνητικά συμπεράσματα (π.χ. επειδή η κομμώτρια της πρότεινε αλλαγή χτενίσματος αυτό σημαίνει ότι είναι τόσο χοντρού και άσχημη που πρέπει να καλύψει το πάχος και την ασχήμια της με το νέο χτένισμα).
6. **Διχοτομικός τρόπος σκέψης** το άτομο βλέπει τα πράγματα από την πλευρά του όλα ή τίποτα, όλα είναι μαύρα ή άσπρα, δεν υπάρχει το γκριζο (π.χ. επειδή πήρε γενικό βαθμό 19 στα 20 και όχι 20 θεωρεί ότι δεν αξίζει τίποτα).

Οι γνωστικές παραμορφώσεις και οι σιωπηλές υποθέσεις αποτελούν τη βάση των αυτόματων αρνητικών σκέψεων. Οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις αποτελούν την έκφραση των αρνητικών πεποιθήσεων, δηλαδή της γνωστικής τριάδας. Η συνήθης γνωστική θεραπεία είναι βραχείας διάρκειας (15-25) συνεδρίες και χαρακτηρίζεται από πολύ εξειδικευμένες στρατηγικές (Beck, 1983).

Αρχικά ο ασθενής μαθαίνει τις βασικές αρχές της λογικής ανάλυσης (συλλογή πληροφοριών, επαγωγική διερεύνηση, κατασκευή υποθέσεων, πρόβλεψη, πρόταση εναλλακτικών ερμηνειών και επιβεβαίωση στην πραγματικότητα) και τις εφαρμόζει στα αυτόματα νοητικά σχήματα με τα οποία αντιλαμβάνεται, οργανώνει και απαντά στον κόσμο γύρω του. Κάθε έμμονο αρνητικό μόρφωμα που συνοδεύει επώδυνο ή δυσάρεστο συναίσθημα (π.χ. «είμαι χοντρός άνθρωπος», «Δεν αρέσω σε κανένα», «θα αποτύχω και σε αυτή τη δίαιτα» κ.τ.λ.) ουσιαστικά δηλαδή κάθε αυτόματη αρνητική σκέψη, αναγνωρίζεται, σημειώνονται η συχνότητα και οι περιστάσεις που εμφανίζεται και τοποθετείται σαν συγκεκριμένη υπόθεση προς απόδειξη απέναντι στους κανόνες της λογικής με ταυτόχρονη συλλογή αποδείξεων από τα καθημερινά γεγονότα. Διάβασμα συγκεκριμένου φυλλαδίου οδηγιών στο σπίτι και εβδομαδιαίες γραπτές ασκήσεις και αναφορές της προόδου σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, ενεργοποιούν επίσης τον συνήθως παθητικό από το πρόβλημα ασθενή προσφέροντας του αυτοέλεγχο.

Πιο συγκεκριμένα, μέσα από την γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία το άτομο μαθαίνει (Burns, 1998) να:

1. να ανιχνεύει, να καταγράφει και να διερευνά κριτικά, λανθασμένες πεποιθήσεις, όπως οι παραπάνω που τις ανευρίσκει μέσα στις καθημερινές δυσλειτουργικές του σκέψεις και από εκεί να οδηγείται στην ανεύρεση των εσφαλμένων υποθέσεων και των νοητικών παραμορφώσεων που τις προκαλούν (δηλαδή οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις οδηγούν σε σιωπηλές υποθέσεις και στη συνέχεια οι σιωπηλές υποθέσεις οδηγούν σε γνωστικές παραμορφώσεις).
2. να αναγνωρίζει τη σχέση ανάμεσα σε αρνητικά νοητικά σχήματα και εμπειρίες αυτοτήτας ή αυτουποτίμησης χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα παραδείγματα από πρόσφατα γεγονότα.
3. να αναγνωρίζει επαναλαμβανόμενα θέματα όπως φόβο αποτυχίας και την ανάγκη να είναι τέλειος
4. να διορθώνει αυτές τις αντιλήψεις με ασκήσεις προοδευτικά μεγαλύτερης δυσκολίας τόσο συμπεριφοριστικές (στην επαφή του με τον κόσμο), όσο και γνωστικές (στον τρόπο σκέψης του).

5. να βρίσκει εξηγήσεις για τα διάφορα γεγονότα που είναι πιο λογικές και θετικά χρωματισμένες, μακριά από το αξίωμα του, της ολικής ευθύνης για ότι άσχημο συμβαίνει.
6. προοδευτικά να αναπτύξει όσο το δυνατό περισσότερο, προσαρμοστικό, ρεαλιστικό και προσωπικά ικανοποιητικό τρόπο σκέψης με συνεχή λογική ανάλυση, με συλλογή αποδείξεων εναντίων των παραμορφωμένων αυτομάτων σκέψεων, με αντικατάσταση των προκατειλημμένων πεποιθήσεων με ερμηνείες πιο ρεαλιστικά προσανατολισμένες και με δοκιμαστική εφαρμογή του νέου αυτού τρόπου σκέψης σε πραγματικές καταστάσεις.

Έτσι η γνωστική προσέγγιση χαρακτηρίζεται τόσο από συμπεριφοριστικές τεχνικές, που έχουν σαν στόχο την διόρθωση των συνεπειών του αρνητικού τρόπου σκέψης στην καθημερινή ζωή με συγκεκριμένες πράξεις – ασκήσεις, όσο και από γνωστικές τεχνικές (Cognitive restructuring, που σημαίνει γνωστική αναδόμηση), που βοηθούν το άτομο να αναγνωρίσει και να διορθώσει τα δυσλειτουργικά γνωστικά του σχήματα. Γι' αυτό η γνωστική θεραπεία ονομάζεται επίσης και γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία (Burns, 1998).

Επομένως ο ρόλος του θεραπευτή στη γνωστική θεραπεία είναι κυρίως εκπαιδευτικός. Προσέχει όμως, να αποφύγει κινήσεις που θα μπορούσαν να θεωρηθούν εξουσιαστικές, όπως έντονες ερωτήσεις τύπου ανάκρισης ή χειρισμό του ασθενή, που μπορούν να επιδεινώσουν τα αισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμίας που τον διακατέχουν. Επίσης ο γνωστικός θεραπευτής πρέπει να έχει στο νου του την ευκολία με την οποία ο ασθενής μπορεί να δει την θεραπευτική διεργασία και τη θεραπευτική σχέση αρνητικά. Προσπαθεί λοιπόν, να διατηρήσει μια θετική θεραπευτική συμμαχία. Αν τώρα παρόλα αυτά ο ασθενής αναπτύξει αρνητικές αντιδράσεις και αντίσταση στη θεραπεία, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί αυτές τις αντιδράσεις για να δείξει στον ασθενή πως οι ίδιες αρνητικές πεποιθήσεις που τον κάνουν να διαστρεβλώνει τη θεραπευτική σχέση, είναι αυτές που τον κάνουν να διαστρεβλώνει την πραγματικότητα σε άλλες σχέσεις στη ζωή του (Burns, 1998).

Τελειώνοντας, η αρχική φάση της γνωστικής θεραπείας έχει σαν στόχο την μείωση των συμπτωμάτων και δίνει έμφαση στην αναγνώριση των αυτοκαταστροφικών σκέψεων, ενώ σε επόμενες φάσεις που στοχεύουν στην προφύλαξη, επικεντρώνεται στην τροποποίηση των

συγκεκριμένων εσφαλμένων νοητικών σχημάτων μέσα και έξω από τη θεραπεία (Burns, 1998).

Σύμφωνα με τους Powers και Jones(2005) ένα πρόγραμμα γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας της παιδικής παχυσαρκίας για να έχει αποτέλεσμα πρέπει να περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

Φάση πρώτη: Αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς πιο συγκεκριμένα, η φάση αυτή περιλαμβάνει τρόπους να αναγνωρίζει το παιδί τους καταστροφικούς τρόπους με τους οποίους έχει μάθει να τρέφεται. Να ελέγχει τις παρορμήσεις που έχει να τρέφεται ασταμάτητα τις νυχτερινές ώρες ή όταν δεν ελέγχεται. Να εκπαιδευτεί για τις διατροφικές του ανάγκες και για το τι σημαίνει το πραγματικό αίσθημα της πείνας. Να βρει εναλλακτικούς τρόπους σίτισης σε κοινωνικές εξόδους που ενέχουν τον κίνδυνο ανεξέλεγκτης πολυφαγίας. Να ξεινήσει ένα πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας που να είναι κομμένο και ραμμένο στα μέτρα του ώστε να μπορεί να το ακολουθήσει και τέλος να περιορίσει την λήψη θερμίδων ώστε να αρχίσει η απώλεια βάρους.

Φάση δεύτερη: Αλλαγή πεποιθήσεων – Τρόπου σκέψης πιο συγκεκριμένα, στη φάση αυτή το παιδί αναγνωρίζει τις γνωστικές του διαστρεβλώσεις και μαθαίνει να προσαρμόζει τον τρόπο σκέψης του ώστε να επιτυγχάνει και να μην αισθάνεται ντροπή και απελπισία. Να μάθει τρόπους να ενισχύσει την κοινωνική του υποστήριξη είτε βελτιώνοντας τις υπάρχουσες κοινωνικές και προσωπικές του σχέσεις, είτε δημιουργώντας νέες. Να μάθει τρόπους ελέγχου του stress και τέλος την εικόνα που έχει για το σώμα του καθώς και την αυτοπεποίθησή του.

Φάση τρίτη: Διατήρηση – Συντήρηση βάρους. Η τελευταία αυτή φάση περιλαμβάνει την δημιουργία ενός αυστηρά εξατομικευμένου προγράμματος διατήρησης του βάρους έτσι ώστε να αποφευχθεί η επαναπρόσληψη του βάρους. Ενίσχυση της επιθυμίας καθώς και της τάσης διαμόρφωσης ενός υγιεινού lifestyle και τέλος εκμάθηση ικανοτήτων και δεξιοτήτων που θα επιτρέπουν στο παιδί να αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις (που παλιότερα το οδηγούσαν στην πολυφαγία) ώστε να αποτραπεί η επαναπρόσληψη βάρους.

Η Jelalian και οι συνεργάτες της (2006) εφάρμοσαν την γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία χρησιμοποιώντας το μοντέλο των Powers και Jones σε 76 παχύσαρκα παιδιά ηλικίας 12 – 16 ετών. Η θεραπεία διήρμησε τρεις μήνες (12 συνεδρίες, ανά μία σε εβδομαδιαία βάση) και είχε σαν αποτέλεσμα την απώλεια 5,5 κιλών κατά μέσον όρο ανά

παιδί. Επιπλέον, τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή, ανέφεραν ότι είχαν βελτιώσει σημαντικά την εικόνα που είχαν για τον εαυτό τους, και την αυτοπεποίθησή τους μετά το πέρας της θεραπείας. Παρόλα τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα της παρούσης έρευνας χρειάζονται έρευνες με μεγαλύτερο αριθμό παιδιών, καθώς και παιδιά από διαφορετικά κοινωνικά στρώματα μια και σχεδόν όλα τα παιδιά που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν της μεσαίας και ανώτερης αστικής τάξης και είχαν στρατολογηθεί μέσω διαφημίσεων στον έντυπο τύπο.

Οι Braet και Van Winckel (2000) αντίθετα, εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας στο οποίο τα παιδιά ενθαρρύνονται να τρώνε σωστά και όχι να κάνουν δίαιτα. Ο στόχος του συγκεκριμένου θεραπευτικού προγράμματος ήταν να αντιληφθούν και να καταλάβουν τα παιδιά ότι η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής και η αποφυγή αυστηρής δίαιτας η οποία οδηγεί σε επεισόδια πολυφαγίας καθώς και σε επαναπρόσληψη του χαμένου βάρους. Οι Braet και Van Winckel(2000) περιέγραψαν την μέθοδο αυτή σαν μία νέα φιλοσοφία στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, δηλαδή το παιδί μπορεί μακροπρόθεσμα να αποκτήσει έλεγχο του βάρους του και να το διατηρήσει σε κανονικά επίπεδα. Αυτό που είναι όμως εντυπωσιακό από την συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι από τα 130 παιδιά που συμμετείχαν σε αυτήν, 4,5 μετά το πέρας της βρέθηκε ότι το 50% των παιδιών που συμμετείχαν σε αυτήν διατηρούσαν το βάρος που είχαν χάσει ή δεν ήταν πλέον παχύσαρκα. Οι ίδιοι οι Braet και Van Winckel (2006) συνιστούν περαιτέρω έρευνα και διερεύνηση του θεραπευτικού τους προγράμματος ώστε να επιβεβαιωθούν ή να απορριφθούν τα ευρήματα τους με μεγαλύτερο στατιστικά δείγμα παιδιών (Kirschenbaum, 2005).

Το πιο αποτελεσματικό πρόγραμμα γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας για την παιδική παχυσαρκία εφαρμόζεται στην Καλιφόρνια, Η.Π.Α στην «Academy of the Sierras». Το πρόγραμμα αυτό είναι από τα πιο πρωτοποριακά παγκοσμίως όχι μόνο για την αποτελεσματικότητά του, αλλά γιατί τα παιδιά που συμμετέχουν σε αυτό είναι παιδιά τα οποία έχουν κακοήγη παχυσαρκία ή παχυσαρκία απειλητική για την ζωή και για τα οποία όλες οι θεραπείες βιολογικές, διαιτητικές και ψυχολογικές έχουν αποτύχει. Τα παιδιά ζουν για τουλάχιστον 6 μήνες στο χωριό του Academy of the Sierras που βρίσκεται σε μία δασώδη ορεινή περιοχή της Καλιφόρνιας.

Σύμφωνα με τον Kirschenbaum (2005) ιδρυτή και ιδρυνοτα νου του «Academy of the Sierras» τα κύρια συστατικά του προγράμματος που εφαρμόζεται εκεί είναι τα ακόλουθα:

Το πρόγραμμα είναι βασικά γνωσιακό συμπεριφοριστικό και περιλαμβάνει έλεγχο των ερεθισμάτων, θέσιμο στόχων, αυτορύθμιση, συμβουλευτική για την λήψη αποφάσεων, πρόληψη υποτροπών και τεχνικές χαλάρωσης για τον έλεγχο του stress.

Τα παιδιά που συμμετέχουν στο πρόγραμμα κάνουν 4 – 7 συνεδρίες την εβδομάδα με τους θεραπευτές του κέντρου. Κάθε παιδί έχει το δικό του πρόγραμμα προσωπικής ανάπτυξης. Καθώς τα παιδιά προχωρούν στο πρόγραμμα δέχονται επιβράβευση και αναλαμβάνουν αυξημένες ευθύνες όπως παραδείγματος χάρη, υπομαδάρχης, ομαδάρχης, αρχιομαδάρχης, υπεύθυνος σπορ, πράγμα που βοηθάει περαιτέρω στην θεραπεία τους, γιατί τονώνεται η υπευθυνότητά τους και αυξάνεται η αυτοπεποίθησή τους.

Πολλά από τα παιδιά που έρχονται στο κέντρο εκτός από το πρόβλημα του βάρους φέρουν και προβλήματα όπως, κατάθλιψη, διαταραχές του άγχους και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Μια και το πρόγραμμα περιλαμβάνει ατομικές και ομαδικές συνεδρίες δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα αυτά έτσι ώστε να έχει μία πιο πλήρη και ικανοποιητική ζωή.

Σύμφωνα με τον Kirschenbaum (2005) τα παιδιά που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα διάρκειας 6 – 18 μηνών ανάλογα με την περίπτωση, έχουν ποσοστό επιτυχίας σχεδόν 95%. Πέρα από το συγκεκριμένο πρόγραμμα που εφαρμόζεται στην «Academy of the Sierras», ένας βασικός λόγος που έχει τόσο μεγάλη αποτελεσματικότητα το πρόγραμμα, είναι ότι η οικογένεια συμμετέχει από την αρχή του προγράμματος στο πρόγραμμα.

Έτσι όταν ξεκινάει το πρόγραμμα οι γονείς ενημερώνονται σε βάθος για την φιλοσοφία και το ακριβές περιεχόμενο του προγράμματος και μάλιστα είναι δυνατόν να διαμείνουν το πρώτο Σαββατοκύριακο στους κατάλληλα διαμορφωμένους ξενώνες του Academy of the Sierras όπου και ξεναγούνται στους χώρους. Επιπλέον οι γονείς μιλάνε με τους θεραπευτές του παιδιού τηλεφωνικά τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και λαμβάνουν κάθε 15 ημέρες λεπτομερή αναφορά για την πρόοδο του παιδιού τους στο πρόγραμμα. Ακόμα, πριν το παιδί αναχωρήσει από το κέντρο για να επιστρέψει σπίτι του οι γονείς συμμετέχουν σε ένα τριήμερο σεμινάριο όπου εκπαιδεύονται στο πως θα διατηρηθούν και θα ενισχυθούν τα οφέλη που τα παιδιά αποκόμισαν από την θεραπεία. Τα παιδιά για 2 χρόνια μετά την

ολοκλήρωση του προγράμματος έχουν τηλεφωνική εβδομαδιαία επαφή με τον θεραπευτή τους ή μέσω e – mail καθημερινά αν θέλουν πιο συχνά.

Τα σχόλια της μητέρας της Alicia που από τον Ιανουάριο του 2005 μέχρι τον Μάιο του 2005, έχασε 30 κιλά είναι χαρακτηριστικά της επιτυχίας του προγράμματος: «Η Alicia όταν επέστρεψε σπίτι μας ήταν ένας διαφορετικός άνθρωπος. Πριν συμμετάσχει στο πρόγραμμα της Academy of the Sierras ήταν ένα πολύ δυστυχισμένο παιδί εξαιτίας του βάρους της. Είχε ξεσπάσματα έντονου θυμού και κλάματος ή έπεφτε σε λήθαργο. Τώρα πια το χαμόγελο είναι μόνιμα ζωγραφισμένο στο πρόσωπο της. Συνεχίζει να εφαρμόζει το menu που της έδωσαν στο κέντρο που μάλιστα το έχει υιοθετήσει όλη η οικογένεια. Το κορυφαίο όμως είναι ότι κάθε μέρα κάνω με την κόρη μου 3 μίλια πεζοπορία και είμαστε και οι δύο πολύ ευτυχείς γι' αυτό και μάλιστα είναι ταχύτερη από εμένα. Η κόρη μας επέστρεψε και ένα ευτυχές και γεμάτο ζωή παιδί χάρη στο πρόγραμμα του Academy of the Sierras που άλλαξε όχι μόνο τη ζωή της αλλά και τη ζωή ολόκληρης της οικογένειας» (Academy of the Sierras, 2006).

Alicia

Φωτογραφία Α

Φωτογραφία Β

2.4.6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ – ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η οικογενειακή – συστημική θεραπεία αποτελεί έναν διαρκώς εξελισσόμενο και εξαπλούμενο κλάδο της ψυχοθεραπείας. Δεν περιορίζεται όμως μόνο σε αυτό, αλλά συνιστά και μία ευρύτερη επιστημονική προσέγγιση στην κατανόηση των ανθρώπινων σχέσεων και προβλημάτων που ταλαιπωρούν τον άνθρωπο του σήμερα, (Becvar and Becvar 2003).

Η οικογένεια αποτελεί την θεμελιώδη κοινωνική ομάδα και το φυσικό περιβάλλον για την ανάπτυξη και ευημερία όλων των μελών που την αποτελούν και ιδιαίτερα των παιδιών, που έχουν αυξημένες βιολογικές και συναισθηματικές ανάγκες μέχρι να ενηλικιωθούν, (Becvar and Becvar 2003).

Μέχρι περίπου την δεκαετία του 1950, το άτομο βρισκόταν στο επίκεντρο των προσπαθειών που είχαν σαν στόχο την κατανόηση και την βοήθεια των ανθρώπων. Από το 1950 και έπειτα η γενική θεωρία των συστημάτων και η κυβερνητική συνέβαλαν από κοινού στην διαμόρφωση και την εξέλιξη της συστημικής προσέγγισης, (Becvar and Becvar 2003).

Ο βασικός θεμελιωτής της θεωρίας των συστημάτων είναι ο Bertalanffy (1968), που όντας βιολόγος επισήμανε ότι η μέχρι τότε παραδοσιακή αναλυτική επιστημονική σκέψη δεν επαρκούσε για να ερμηνεύσει την λειτουργία πολύπλοκων συστημάτων όπως οι άνθρωποι οργανισμοί. Με βάση την αναγωγική αναλυτική σκέψη ήταν αδύνατο να εξηγηθεί επαρκώς πώς οι ζωντανοί οργανισμοί διατηρούν την ισορροπία τους μέσα από τις συνεχείς αλλαγές που υφίστανται. Αυτή η ισορροπία δημιουργείται επειδή τα επί μέρους στοιχεία λειτουργούν ως ένα όλο, με συντονισμένες μεταξύ τους λειτουργίες, (Bertalanffy, 1968).

Σύμφωνα με τον Bertalanffy (1968) το σύστημα είναι ένας όρος που περιλαμβάνει όχι μόνο το σύνολο από τις επιμέρους ενότητες αλλά και τις επιτελούμενες μεταξύ τους διεργασίες και τις αναδυόμενες ιδιότητες.

Συνεπώς, αν σε μία οικογένεια παρουσιάζεται σε ένα μέλος της πρόβλημα, δεν μπορεί κανείς να κατανοήσει το μέλος αυτό της οικογένειας αν δεν διερευνήσει πως λειτουργούν όλα μαζί τα μέλη ως σύνολο, (Becvar and Becvar 2003).

Ο άλλος παράγοντας που διαμόρφωσε σε μεγάλο βαθμό την οικογενειακή θεραπεία ήταν η κυβερνητική η οποία αναπτύχθηκε κατά την διάρκεια του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου για τον έλεγχο των μηχανικών συστημάτων, (Becvar and Becvar 2003).

Η βασική αρχή της κυβερνητικής είναι η αυτορύθμιση. Τα συστήματα μέσω της αυτορύθμισης διατηρούν την ομοιόσταση τους. Σαν ομοιόσταση αναφέρεται η τάση των συστημάτων να διατηρούν σταθερότητα και ισορροπία.

Η ομοιόσταση επιτυγχάνεται μέσα από τις διαδικασίες της θετικής και της αρνητικής ανάδρασης. Η θετική ανάδραση ενισχύει την αλλαγή σε ένα σύστημα ενώ αντίθετα η αρνητική ανάδραση την περιορίζει ή και την μπλοκάρει εντελώς, (Becvar and Becvar 2003), παραδείγματος χάρη, η περίπτωση ενός παιδιού που αναπτύσσει μία σοβαρής μορφής κατάθλιψη κατά την εφηβεία, είναι μία ειδήλωση αρνητικής ανάδρασης. Έτσι με την ειδήλωση της κατάθλιψης στο παιδί, το παιδί σταματά να ωριμάζει και να αναζητά αλλαγές και έτσι το σύστημα παραμένει στην ίδια κατάσταση, (Becvar and Becvar 2003).

Όπως αναφέρουν οι Becvar and Becvar (2003) η θεραπεία της οικογένειας οικειοποιήθηκε τις βασικές αρχές της συστημικής θεωρίας και έτσι οι όροι συστημική θεραπεία και οικογενειακή θεραπεία θεωρούνται ταυτόσημοι σήμερα. Βεβαίως με την επικράτηση του μοντέλου της συστημικής θεραπείας δεν σημαίνει ότι αναιρείται το μοντέλο της ατομικής ψυχοθεραπείας, γιατί έχει και αυτό την αξία του.

Το 1993 στο Malmoe της Σουηδίας ο Flodmark και οι συνεργάτες του εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα οικογενειακής θεραπείας σε 20 παχύσαρκα παιδιά ηλικίας 10 – 11 ετών. Μία άλλη ομάδα με 24 παιδιά έκανε σε εβδομαδιαία βάση επισκέψεις σε διαιτολόγο απ' όπου έπαιρνε διατροφικές συμβουλές (δίαιτα). Αντίστοιχα, υπήρχε μία ομάδα ελέγχου 50 παχύσαρκων παιδιών που δεν υποβλήθηκαν σε οικογενειακή θεραπεία.

Η οικογενειακή θεραπεία που εφαρμόστηκε στα 20 αυτά παιδιά ήταν βασισμένη πάνω στο μοντέλο του Minuchin (δομική προσέγγιση). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η θεραπεία έχει σαν στόχο την αλλαγή της οργάνωσης της οικογένειας. Αλλάζοντας την οργάνωση της οικογένειας αλλάζει και η εμπειρία του κάθε ατόμου, (Minuchin, 1974).

Με βάση τον Minuchin (1974) η εσωτερική οργάνωση της οικογένειας χαρακτηρίζεται από τρία υποσυστήματα. Το πρώτο είναι το υποσύστημα των συζύγων, το δεύτερο το υποσύστημα των γονέων και τρίτο το υποσύστημα των αδελφών. Τα υποσυστήματα οριοθετούνται από κανόνες για το ποιός συμμετέχει στο κάθε υποσύστημα και με ποιόν τρόπο. Αυτοί οι κανόνες, που ονομάζονται δομές είναι τυποποιημένες συναλλαγές που αντανακλούν τη δομή της οικογένειας και εξυπηρετούν την προστασία της οικογενειακής λειτουργίας. Με βάση αυτή τη συγκεκριμένη θεώρηση η ποιότητα των ορίων έχει πολύ σημασία, (Minuchin, 1974).

Σύμφωνα με τον Minuchin (1974), οι οικογένειες εκδηλώνουν παθολογικές συμπεριφορές όταν δεν μπορούν να χειριστούν ή να αντιμετωπίσουν τις εντάσεις που δημιουργούνται μεταξύ τους. Όταν μία τέτοια δυσλειτουργική οικογένεια, βρεθεί σε κρίση, αυξάνει την ακαμψία των ορίων και των προτύπων (συναλλαγής) της.

Στόχος της δομικής προσέγγισης είναι αρχικά να μετατοπιστεί η οικογένεια σε μία κατάσταση δημιουργικής κρίσης ώστε τα μέλη της να διερευνήσουν διάφορα εναλλακτικά πλαίσια που θα οδηγήσουν στην επίλυση των προβλημάτων τους. Μέσα από την αμφισβήτηση των δομών της οικογένειας, δημιουργείται μία ανισορροπία, η οποία δίνει την δυνατότητα και την ευκαιρία στον θεραπευτή να την βοηθήσει να αλλάξει ή να τροποποιήσει τα πρότυπα συναλλαγής των μελών της. Τοιουτοτρόπως, η οικογένεια με την τοποθέτηση των κατάλληλων ορίων επανακαθορίζει την ιεραρχική τάξη μεταξύ των συστημάτων της. Με την επανατοποθέτηση των ορίων, το μέλος της οικογένειας το οποίο προσδιοριζόταν ως ασθενής, τώρα αναπλαισιώνεται ως πρόβλημα του συνόλου της οικογένειας, (Minuchin, 1974).

Επανερχόμενοι στην έρευνα των Flodmark και των συνεργατών τους (1993), αναφέροντας ότι η οικογενειακή δομική θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε είχε σαν στόχο, την ανακατανομή των συμμαχιών, την διευθέτηση των ορίων και την αλλαγή άκαμπτων ή παθολογικών συμμαχιών. Η θεραπεία διήρκησε 14 – 18 μήνες. Κατά την διάρκεια της θεραπείας οι οικογενειακοί θεραπευτές προσπάθησαν να δημιουργήσουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο κλίμα ώστε να βοηθηθεί όχι μόνο το παιδί αλλά και όλη η οικογένεια να νιώσει άνετα και ότι δεν απειλείται. Σαν ομάδα οι οικογένειες ήταν αρκετά ετερογενείς πράγμα που απαιτήσε ιδιαίτερη ευελιξία και προσαρμοστικότητα από τους θεραπευτές, (Flodmark και οι συνεργάτες τους, 1993).

Μετά το τέλος της θεραπείας βρέθηκε ότι τα παχύσαρκα παιδιά που είχαν υποβληθεί σε οικογενειακή θεραπεία δομικού τύπου παρουσίαζαν σταθεροποίηση ή σημαντική μείωση του βάρους τους, καθώς και υψηλό επίπεδο σωματικών δραστηριοτήτων, σε αντίθεση με την ομάδα που έκανε δίαιτα ή την ομάδα ελέγχου που δεν υποβλήθηκε σε καμία θεραπεία, οι οποίες παρουσίαζαν σημαντική αύξηση του βάρους και μείωση των σωματικών δραστηριοτήτων.

Τα οφέλη για την ομάδα που υποβλήθηκε σε οικογενειακή θεραπεία συνεχίζονταν και ένα χρόνο μετά το πέρας της θεραπείας. Φαίνεται ότι η οικογενειακή θεραπεία δομικού τύπου είναι μία πολλά υποσχόμενη θεραπεία αλλά λόγω του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων παχύσαρκων παιδιών χρειάζεται έρευνα με μεγαλύτερο αριθμό παιδιών για να επιβεβαιωθεί ή όχι η χρησιμότητα της οικογενειακής δομικής θεραπείας, (Flodmark και οι συνεργάτες του, 1993).

Μία άλλη έρευνα εφαρμογής της οικογενειακής συστημικής θεραπείας στην παιδική παχυσαρκία αποτελεί εκείνη των Pronk and Boucher (1999) στις ΗΠΑ. Οι παραπάνω επιστήμονες δημιούργησαν μία κλινική θεραπεία της παχυσαρκίας ονόματι HEALTH PARTNERS (Συνεργάτες Υγείας) όπου παρέχεται θεραπεία είτε στην κλινική, είτε μέσω τηλεφώνου, είτε μέσω e-mail. Τα άτομα που απευθύνονται στην κλινική είναι είτε ενήλικες που συνήθως προτιμούν την τηλεφωνική θεραπεία, είτε παιδιά και έφηβοι που πηγαίνουν στην κλινική με τους γονείς τους.

Η προσέγγιση των Pronk and Boucher (1999) είναι οικοσυστημική. Πιο συγκεκριμένα όταν οι παραπάνω επιστήμονες αντιμετωπίζουν ένα περιστατικό παιδικής παχυσαρκίας βάζουν μέσα στο πρόγραμμα αποκατάστασης σαν κύριο παίκτη την οικογένεια καθώς και τον παιδίατρο, τον διαιτολόγο, τον γυμναστή, τον σχολικό ψυχολόγο και το παιδί. Παρόλο που αυτό το μοντέλο θεραπείας δεν περιλαμβάνει συνεδρίες καθαυτής οικογενειακής συστημικής θεραπείας (με τα μέλη της οικογένειας του παχύσαρκου παιδιού), η κύρια εστίασή του βρίσκεται στην κινητοποίηση των γονέων που θα αποτελέσουν τον εγγυητή και (παρατηρητή) από τη μία, και από την άλλη παρέχουν κατευθυντήριες γραμμές και υποστήριξη σε όλη την ομάδα των ειδικών που συμμετέχουν στη θεραπεία του παιδιού (Pronk and Boucher, 1999). Ένα άλλο παράδειγμα οικογενειακής δομικής θεραπείας παρέχεται από τον Harkaway(1986), που περιγράφει την οικογενειακή θεραπεία μίας παχύσαρκης έφηβης. Όπως αναφέρεται στην συγκεκριμένη έρευνα ο πρώτος στόχος ήταν να

επαναπροσδιοριστούν τα όρια των μελών της οικογένειας και να επαναδομηθεί το οικογενειακό σύστημα. Παρόλο που η έρευνα του Harkaway(1986) περιελάμβανε μόνο μία οικογένεια, ήταν σαφές ότι η παχυσαρκία αποτελούσε αναπόσπαστο μέρος της οικογενειακής οργάνωσης. Η σημαντική απώλεια βάρους που προέκυψε για την έφηβη ήταν αποτέλεσμα της λύσης των συγκρούσεων των μελών της οικογένειας. Ο Harkaway(1989) στο βιβλίο του «Παιδική παχυσαρκία» αναφέρει ότι οι οικογένειες με παχύσαρκο παιδί παρουσιάζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως : μικρή ανεκτικότητα στις συγκρούσεις, τεταμένες ή αδύναμες σχέσεις με τον κοινωνικό ή ευρύτερο συγγενικό περίγυρο, αναποτελεσματικότητα των γονιών να επιβάλλονται στα παιδιά καθώς και υπερβολική υπερπροστατευτικότητα και καταπάτηση ή παραβίαση των ορίων των άλλων. Η θεραπευτική διαδικασία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε την διερεύνηση της λειτουργίας που είχε η παιδική παχυσαρκία για τις οικογένειες αυτές , όπως και πώς ο τρόπος που σχετίζοντας μεταξύ τους τα μέλη της οικογένειας συνέτεινε στο να διαιωνίζεται το πρόβλημα της παχυσαρκίας και τέλος τους τρόπους με τους οποίους θα επανασχετιζόνταν η οικογένεια ώστε να γίνει δυνατή η απώλεια του βάρους για το παχύσαρκο παιδί (Harkaway, 1989).

2.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Για την επιτυχή αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, το παχύσαρκο παιδί θα πρέπει να αξιολογείται και να θεραπεύεται από μία πολυεπιστημονική ομάδα, η οποία θα περιλαμβάνει, παιδίατρο, διαιτολόγο, γυμναστή και οπωσδήποτε ψυχολόγο. Ο διαιτολόγος όσο ικανός και έμπειρος κι αν είναι, αν δεν αποτελεί μέλος πολυεπιστημονικής ομάδας έχει λίγες δυνατότητες αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας με επιτυχία (Nowicke, 2005).

Οι διατροφικές αιτίες της παιδικής παχυσαρκίας είναι πολύπλοκες και μέχρι τώρα δεν έχει βρεθεί κάποια επιστημονικά αποδεικτή αιτία για τη νόσο. Έχει διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στον Δείκτη Μάζας Σώματος και στις διαιτητικές συνήθειες αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι τελεσίδικα (Nowicke, 2005).

Μη γνωρίζοντας την διατροφική αιτία της παιδικής παχυσαρκίας δεν μπορούμε να ορίσουμε κάποιο συγκεκριμένο διαιτολόγιο ή δίαιτα ως ειδικό για την αποκατάστασή της. Σύμφωνα με την υπάρχουσα επιστημονική γνώση δεν υπάρχει συναίνεση μεταξύ των διαιτολόγων για το ειδικό διαιτολόγιο της παιδικής παχυσαρκίας (Nowicke, 2005). Η Αμερικανική Εταιρεία Διαιτολόγων (2002), παρέχει τις κατευθυντήριες γραμμές για την διατροφική αντιμετώπιση

της παχυσαρκίας που αφορά τους ενήλικες και όχι τα παιδιά. Παρόλο που η Αμερικανική Εταιρία Διαιτολόγων (2002) συστήνει κάποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής του παχύσαρκου παιδιού, ταυτόχρονα επιστά την προσοχή στο γεγονός ότι πέρα από την μείωση του σωματικού βάρους του παιδιού θα πρέπει να ληφθεί ειδική μέριμνα ώστε να μην διαταραχθεί η ομαλή σωματική ανάπτυξη του παιδιού. Οι αρνητικές συνέπειες μίας λανθασμένης διατροφής ή δίαιτας στο παιδί θα ήταν, απώλεια μυϊκής μάζας ή ακόμα και η επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης του παιδιού. Οι κύριοι στόχοι της διαιτολογικής θεραπείας στην παιδική παχυσαρκία θα πρέπει να είναι από τη μία η επίτευξη υγιούς σωματικού βάρους και από την άλλη η υιοθέτηση από το παιδί και τους γονείς του, υγιών διατροφικών συνηθειών που θα βοηθήσει στο να διατηρήσουν το βάρος αυτό ώστε το παιδί να μη γίνει ένας παχύσαρκος ενήλικας (Αμερικανική Εταιρία Διαιτολόγων, 2002).

Το πρώτο βήμα για την διατροφική αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας αποτελείται από την αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών του παιδιού και της οικογένειάς του. Μία τέτοια αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει την ακριβή λήψη ενός διατροφικού ιστορικού και τις δίαιτες που ακολουθήθηκαν μέχρι τότε και τα αποτελέσματα των διαιτών αυτών όσον αφορά την αυξομείωση του βάρους (Αμερικανική Εταιρία Διαιτολόγων, 2002). Η δημιουργία του σωστού διαιτητικού προγράμματος για το παχύσαρκο παιδί πρέπει να εξατομικεύεται και να στηρίζεται στις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του έτσι ώστε να μεγιστοποιηθεί η συμμόρφωση του παιδιού και της οικογένειάς του στο διαιτητικό πρόγραμμα (Αμερικανική Εταιρία Διαιτολόγων, 2002).

Σύμφωνα με την Nowicke (2005) στην δημιουργία του διαιτητικού προγράμματος για το παιδί, πρέπει κατά κύριο λόγο να λαμβάνονται υπόψη οι διατροφικές προτιμήσεις του παιδιού. Οι αυστηρές δίαιτες είναι καταδικασμένες να αποτύχουν μια και είναι ιδιαίτερα δύσκολη η συμμόρφωση του παιδιού σε καθημερινή βάση και μακροπρόθεσμα. Η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας αποτελεί δέσμευση δια βίου για το παιδί και την οικογένειά του. Ο διαιτολόγος πρέπει να παίζει ένα σημαντικότατο ρόλο στην μείωση και σταθεροποίηση του σωματικού βάρους με το να θέτει ρεαλιστικούς στόχους οι οποίοι μπορούν να επιτευχθούν με την υιοθέτηση υγιών διατροφικών συνηθειών. Μια και η παιδική παχυσαρκία είναι μία πολυπαραγοντική νόσος η συνεργασία του διαιτολόγου με τον ψυχολόγο, τον γυμναστή και τον παιδίατρο κρίνεται απαραίτητη ώστε να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά όλες οι αιτίες που δημιουργούν και διαιωνίζουν το πρόβλημα αυτό.

ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

Την εργασία αυτή την αφιερώνω στην πολυαγαπημένη μου μητέρα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την καθηγήτρια μου Κατερίνα Χαρωνιτάκη που με βοήθησε και με στήριξε κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της πτυχιακής εργασίας μου. Επίσης ευχαριστώ όλους τους καθηγητές του Τ.Ε.Ι Διατροφής και Διαιτολογίας της Σητείας, για τις γνώσεις που μου πρόσφεραν καθ' όλη την διάρκεια της φοίτησης μου.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ

Έγινε κάθε δυνατή προσπάθεια να παρουσιαστούν οι υπάρχουσες μέθοδοι θεραπείας και πρόληψης μέσα από τη διερεύνηση της υπάρχουσας διεθνούς βιβλιογραφίας, γιατί η αντίστοιχη Ελληνική παραμένει πολύ φτωχή. Αυτό που θα ήταν εύλογο για μία περαιτέρω έρευνα του φαινομένου της παιδικής παχυσαρκίας θα ήταν η διερεύνηση πηγών που αναφέρουν την παιδική παχυσαρκία μέσα από τις προσωπικές αφηγήσεις των παιδιών αυτών και όχι από μία έρευνα που βασίζεται σε πηγές ποσοτικές όπως αυτές που αναφέρθηκαν στην παρούσα διπλωματική. Τέτοιες πηγές θα μας έδιναν τη δυνατότητα να διερευνήσουμε τη σημασία και το βάθος της εμπειρίας του να είναι κανείς παχύσαρκος και πως πραγματικά βιώνεται η παχυσαρκία από τα παιδιά αυτά μέσα από τα λεγόμενα τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

- Επιτροπή Υγείας του Αγγλικού κοινοβουλίου (2004). Πεπραγμένα των ετών 2000 – 2003. [www. Comenwealghnews. Uk](http://www.Comenwealghnews.Uk) πρόσβαση στις 3/3/2007.
- Κακλαμάνος, Ε (2004). Η παχυσαρκία σήμερα. Αθήνα, Σολωμός.
- 14^ο Ευρωπαϊκό συνέδριο για την παχυσαρκία, (2004). Βρυξέλλες. Proceedings. [www. europanconvention135. com](http://www.europanconvention135.com). Πρόσβαση στις 15/3/2007.
- Πανευρωπαϊκό συνέδριο για την παχυσαρκία (2005). Αθήνα. Περίληψη πρακτικών. [www. europanobesityencom](http://www.europanobesityencom).
- Χρούσος Σ. Η παιδική παχυσαρκία σήμερα. (2003). [www. phrcrousos. Com](http://www.phrcrousos.Com). Πρόσβαση στις 10/3/2007

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

- Arslanian S. and Saprasongsin C (1996). Differences in the in vivo insulin secretion and sensitivity in healthy blacks white adolescents. J. Pediatrics, 129, 440 – 443.
- Barlow, D. (1988). Cognitive behavior therapy London, Finch and Nelson.
- Barker DJP (1998) Mothers, Babies and Health in Letter Life. Edinburgh: Churchill – Livingstone.
- Beck, A (1983). Cognitions, attitudes and personality in depression. British Journal of cognitive psychotherapy, ?
- Becvar, D.S and Becvar, J.R (2006). Family Therapy. A systemic Integration. New York. Allyn and Bacon.
- Belamarich, P.F, Luder, E, Kattem M, Mitchell, H, S. Islam, H, Luynn and E.F, Crain, (2000). Do obeje Children Inner City Children with Asthma Have More Symptoms than Non obese children with Asthma ? Paediatrics, 106, (6), 1436 – 1441.
- Bemporad, J and Herrod, D. (1989). Psychoanalysis of eating disorders. New York, Guildford Press.
- Berkey, CS, Rocket HR, Field AE, Gillman, MW, Frarier AL, camargo, CA and Golditr, GA (2000). Activity, dietary intake and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. Pediatrics, 105, E56.
- Bertallonfy, L. (1968). General system theory. Foundation, development, applications, London, Allen Lane.
- Blantel, J, Simpson, H, Bireh, L. L. and Fisher, J.O (1993). Childhood obesity reviewed, London, Tan stock? Publications.
- Brooks, S and Gunn. J. (1998). Obesity explored. New York, Guildford.
- Bouchard, C (1994) Genetics of obesity: overview and research directions in: The Genetics of Obesity (Bouchard, C.) pp 223 – 233
- Boca Raton, CRC Press.
- Braet, C. and Van Winckel, T. (2000). Long term follow up of a cognitive behavioural treatment program for obese children. Behaviour Therapy, 31, 55 – 74.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders. New York, Basic books (1998).

- Burns, D. (1998). Feeling good. New York, Basic Books.
- Burrows, A, and Cooper M. (2002). Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre – adolescents girls. International Journal of Obesity and Deleted Metabolic Disorders. 26 (9), 1268 – 1273.
- Cassidy, F. (1992). How to treat Obese and overweight children. London, Allyn and Bacon.
- Commurie, S.A (1998). Obesity revisited London Allen.
- Cullari, S. (1998). Foundations of clinical psychology. Needham, Heights, Ma, Allyn and Bacon. Diets, WH (1998), Childhood Weight affects Adult morbidity And mortality. Journal of Nutrition 128 (2): 4115 - 4245.
- Davison, KK, Markey C.N and Birch, L.L. (2000). Etiology of Body Dissatisfaction and weight concerns among 5 – year old girls. Appetite, oct (35) 2 143 – 151.
- De Spiegelare, M. Dramaix, M and Hennart, J (1998). Social class and obesity in 12 year old children in Brussels: influence on gender and ethnic origin. European Journal of paediatrics, 157, 432 – 435.
- Drell, E (1988). Transference and counter transference in psychoanalysis. London, Tavistock Publications.
- Ebbeling, C. B, Pawlak, D. B, and Ludwig D. (2002). Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. The Lancet, 360, 473 – 482.
- Epstein, L. (1990) Behavioural treatment of obesity. In Edward, M. Stricker (Ed). Handbook of Behavioural neurobiology, vol 1^o , (pp. 61 – 73). N. York, plenum press.
- Fisher, J. O and Birch, L. L (1995). Fat preferences and fat consumption of 3 – to 5 – year old children are related to parental adiposity. Journal of American Dietetic Association, 95, 759 – 764.
- Flodmark, C. Ohlsson, T. Ryden, O. and Sveger, T. (1993). Prevention of progression to severe obesity in Q group of obese school children treated with family therapy, pediatrics, 91, 880 – 884.
- Gortmaker SL, Must A perrin JM, Sobol. AM, Diets. Wh, (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N. Engl. Journal of Medicine. 329, 1008 – 1012.
- Graham (2005).
- Guilleume, M (1999) Defining obesity in childhood current practice. American Journal of clinical Nutrition, 70, 1265 – 1305.

- Helford, J.C. G, Gillespie J, Brown V, Pontin, E.E and Dovey, T.M (2004). Effect of television advertisements for foods on food consumption in children. *Appetite*, 42, 221 – 225.
- Harkaway, J.E (1987). Structurel assessment of families with obese adolescents girls. *Journal of Maritel and family Therapy*, 12, 199 – 201.
- Harkway, J.E (1989). Childhood obesity. The family context. In L. Combrink – Graham (Eds). *Children in family contexts: perspectives on treatment*, (pp. 231 – 251). New York: Guildford.
- Janssen, I. Katzmarzyk, PT, Ross R. (2004). Waist circumference and not body mass index explains obesity – related health risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79: 379 – 384.
- Jelalian, E and saelens. B (1999). Empirically supported treatments in paediatric obesity. *Journal of pediatric psychology*, 24, 223 – 248.
- Jelalian, E, Mehlenbeck, R. Loyd – Richardson, E.E, Birmaher, V. and R.R. Wing (2006). Adventure Therapy Combined with cognitive behavioural treatment for overweight adolescents. *International journal of obesity*, 30, 31 – 39 .
- Kirschenbaum, D.S (2000). The ? truths about weight loss: The no tricks, no nonsense plan for life long weight control. New York. Holt.
- Kovel, J. (1991). *A complete Guide to Therapy*. London, Penguin.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the self*. New York, International Universities Press.
- Koot S.J, and Wallomber, TN (2001). *Obesity inside – out*. Edinburgh: Churehhll – Livingstone.
- Levy, j (1934). *Psychoanalysis of the child*. 5, 122 – 146.
- Lisser, J.H and Heitmann, N (1995). *Obesity. How it affects adults and children*. London. Allen Lane.
- Livingstone, B (2000). Epidemiology of childhood obesity in Europe, *European Journal of paediatrics* 159: 514 – 534.
- Maffeis, C (1994). Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *European Journal of paediatrics*, 153, 35 – 44.
- Mastillo, J, Maron, T, Field, AE and Berkey, C.S (2003). Childhood obesity. The modern epidemic. *European Journal of Paediatrics*, 162: 45 – 62.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. London, Tavistock.

- Mo – suwan L, Lebel, L, Puetbailboom A, Junjana, C (1999). School performance and weight status of children young adolescents in a transitional society in Thailand. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 23, 272 – 277.
- Must, A and Strauss R.S (1998). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, S2 – S11.
- Nowicke, R (2005). *The Dietician and Obesity*. London, Allen and Lane.
- Oleveria, J.S. (1992). *Childhood Obesity a silent epidemic*. London, Allen Lane.
- Parker, J.G. and Asher, S.R (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102(3), 357 – 389.
- Powers. S and Jones. B (2005). Behavioural and cognitive behavioural Interventions with paediatric populations, *clinical child Psychology and Psychiatry*, 10(1), 65 – 77.
- Pronk, N.P and Boncher, J(1999). Systems approach to childhood and adolescent obesity prevention and treatment in a managed care organization. *International Journal of obesity*, 23, 538 – 542.
- Robinson T.N (1999) Behavioural treatment of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 23 (Suppl. 2), 552 – 557.
- Robinson T.N, Hammer LD, Killen JD, Maron DJ, Barr Taylor C, Maccoby N, Farquhar J.W (1993). Does television viewing increase obesity and reduce physical activity? Cross sectional and longitudinal analyses among adolescent girls. *Paediatrics*, 91, 273 – 280.
- Roiren, JA (2003). *Obesity in Adults and Children*, London, Allyn and Becon.
- Sado, S (2004). *How to treat effectively childhood obesity*. London, Allyn and Becon.
- Schwimmer, J.B, Burnwinkle, TM, Varni, J.W (2003). Health related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289(14), 1813 – 1819.
- Sinha, R. Fisch G, Teague B, Tamborlane WW, Banyes b, Allen K, Savoge M, Rieger V, Tahseli S, Barbetta G, Sherwin RS and Cabrio S. (2002). Prevalence of impaired glucose to learns among children and adolescents with marked obesity. *NEJM*, 346: 802 – 810.
- Sorof, J. and Daniels S (2002). Obesity hypertension in children: A problem of epidemic proportions. *Hypertension*, 40, 441 – 447.

- Stunkard, AJ (1986). The mechanics of obesity, *International Journal of obesity*, 10, 720 – 732.
- Summerbell, C. waters, E, Edmunds, L. Campelle, E, Ashton V (2003). European Programmes for controlling childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 27, 512 – 513.
- Thompson, J.K and Smolak, L (2001) *Body Image, Eating Disorders and Obesity in Youth*. Washington, DC: American Psychological Association, 127 – 141.
- U.S Department of Health and Human Services. National Institutes of Health (2004). *Prevention and Treatment of childhood obesity in Primary Care Settings*.
- Van der val JS, Thelen, M.H (2000). Eating and body image concerns among obese and average weight children. *Addictive Behaviour*, Sep – oct 35(5): 775 – 778.
- Winnicot. D.W (1971). *Playing, and reality*. London, Tavistock Publications.
- Wang, G. and Diets, W.H (2002) Economic burden of obesity in youths aged 6 to 17 years: 1979 – 1999. *Paediatrics*, 109, 81 – 87.
- Wilcox, J, Weinrand, T and Leighly, F. (1998). *Childhood obesity and beyond*. New York, Guildford.